

Winkler, Doreen

Der sozialarbeiterische Unterstützungsbedarf
von Kindern psychisch kranker Eltern.
Untersucht am Beispiel der Beratungsstelle Aurn in Leipzig

MASTERARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fachbereich Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Winkler, Doreen

Der sozialarbeiterische Unterstützungsbedarf
von Kindern psychisch kranker Eltern.
Untersucht am Beispiel der Beratungsstelle Aurn in Leipzig

eingereicht als

MASTERARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fachbereich Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Prof. Dr. jur. Christina Niedermeier

vorgelegte Arbeit wurde verteidigt am:

Bibliographische Beschreibung:

Winkler, Doreen

Der sozialarbeiterische Unterstützungsbedarf von Kindern psychisch kranker Eltern.
Untersucht am Beispiel der Beratungsstelle Aurn in Leipzig. 91 S.
Roßwein, Hochschule Mittweida/ Roßwein (FH), Fachbereich Soziale Arbeit,
Masterarbeit, 2013

Referat:

Die Masterarbeit befasst sich mit den vorhandenen und benötigten Unterstützungsmöglichkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern in Leipzig. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Vorstellung vorhandener Helferstrukturen in Leipzig. In diesem Zusammenhang wurde ein Experteninterview durchgeführt, um den weiteren Bedarf in Leipzig zu ermitteln. Zu Beginn erfolgt eine Literaturrecherche, um die Situation Kinder psychisch kranker Eltern aufzuzeigen, sowie Bedingungen für eine gelingende Eltern-Kind-Beziehung zu verdeutlichen.

Inhaltsverzeichnis

I	Theoretischer Teil	6
1	Einleitung	6
1.1	Problemstellung und –aufriss	6
1.2	Aufbau der Arbeit	8
1.3	Forschungsstand	9
1.4	Motivation	13
2	Die Bedeutung der Familie als soziales System für das Kind	14
2.1	Sozialisationstheorie nach Emil Durkheim	14
2.2	Bindungstheorie nach John Bowlby	17
2.3	Bedeutung der Theorien für die Eltern-Kind-Beziehung	23
3	Die häufigsten psychischen Krankheiten im Überblick	26
3.1	Angst- und Zwangsstörungen	26
3.2	Affektive Störungen	29
3.3	Suchterkrankungen	32
3.4	Störungen des schizophrenen Formenkreises	34
3.5	Bedeutung psychischer Erkrankung für die Eltern-Kind-Beziehung	36
4	Entwicklungsweg vom Neugeborenen zum Jugendlichen und Auswirkungen psychischer Erkrankungen eines oder beider Elternteils auf das Kind	38
4.1	Säuglingsalter	38
4.2	Kleinkindalter	41
4.3	Kinder im Schulalter	43
4.4	Jugendalter	45

II	Empirischer Teil	48
5	Qualitatives Interview	48
5.1	Methode	48
5.2	Vorgehen	49
5.3	Transkription	53
6	Möglichkeiten der Sozialen Arbeit für die Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern am Beispiel der Beratungsstelle Auryn	55
6.1	Information und Aufklärung	55
6.2	Prävention	58
6.3	Gruppenangebote	59
6.4	Beratung	61
6.5	Selbsthilfegruppen	63
6.6	Sonstige Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten	63
7	Ergebnisse des Experteninterviews	65
8	Zusammenfassung und Ausblick	71
9	Literaturverzeichnis	73
10	Anhang: Transkription des Experteninterviews	78
11	Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit	91

I Theoretischer Teil

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und – aufriss

In Deutschland lassen sich jedes Jahr etwa 1,6 Millionen Menschen auf Grund einer psychischen Erkrankung behandeln. Dies entspricht ca. 3% der Gesamtbevölkerung ab der Altersgruppe der 21-Jährigen (Schone 2010: 11). Stationäre Behandlungen nehmen jährlich ungefähr 590.000 Menschen in Anspruch, von denen etwa 150.000 Mütter oder Väter sind (Lenz 2008: 7). Allein in Leipzig leben etwa 12.600 Familien, in denen mindestens ein Elternteil an einer psychischen Erkrankung leidet (Auryn 2012: 4). Betrachtet man die Zahl der sich behandelten Patienten¹, ist die Dunkelziffer der psychisch Erkrankten erdenklich höher. Psychische Erkrankungen haben Auswirkungen auf das gesamte Familienleben und die einzelnen Familienmitglieder. Vor allem Kinder leiden unter der elterlichen Erkrankung. Kinder psychisch kranker Eltern sind z.T. schon vor ihrer Geburt benachteiligt, da psychisch kranke Mütter oft aus Angst oder Scham nicht an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen und Risiken nicht erkannt werden (Schone 2010: 14). Je nach Alter und Entwicklungsabschnitt sind die Kinder mit verschiedenen Sorgen und Gefühlen konfrontiert. Kleinkinder leiden vermehrt unter Verlust- oder Trennungsängsten z.B. infolge eines Klinikaufenthaltes eines Elternteils. Im Vergleich dazu befinden sich Jugendliche eher in einem ambivalenten Verhältnis, d.h. sie streben nach Selbstständigkeit und können sich gleichzeitig nicht von ihrem Elternhaus lösen, weil sie sich für die Eltern verantwortlich fühlen (Borg-Laufs 2012: 69). In den Familien wird die Krankheit oftmals tabuisiert, mit der Folge, dass sich die Kinder das Verhalten der Eltern auf Grund ihrer Unwissenheit und Unsicherheit mit eigenen Phantasien erklären. Diese Gedanken beinhalten meist Schuldgefühle, die Eltern seien wegen ihnen oder ihrem Verhalten erkrankt. Zudem getrauen sie sich durch Tabuisierung und Scham nicht mit anderen Personen über ihre Situation zu sprechen. Sie haben beispielsweise Angst schlecht über ihre Eltern zu reden oder sie zu verraten

¹ Im weiteren Verlauf der Arbeit wird aus Gründen der Vereinfachung ausschließlich die männliche Form verwendet. Personen weiblichen wie männlichen Geschlechts sind darin gleichermaßen eingeschlossen.

und behalten ihre Sorgen aus Loyalität ihren Eltern gegenüber bei sich und ziehen sich zurück (Homeier 2009: 115). Durch eine psychische Erkrankung verändern sich die Wahrnehmung, das Denken und das Fühlen der Betroffenen. Psychisch erkrankte Eltern haben mitunter Schwierigkeiten die Bedürfnisse und Signale ihrer Kinder wahrzunehmen und richtig zu deuten. Die für die Entwicklung des Kindes notwendigen Aufgaben wie Vermittlung von Wärme, Achtung, Förderung, Regeln oder Anteilnahme können sie nur bedingt erfüllen (Schmutz 2010: 21). Das Kind kann dadurch unzureichende Versorgung und Wertschätzung erleben. Durch Angst vor Stigmatisierung isolieren sich die meisten Erkrankten und können daher kaum auf soziale Unterstützung zurückgreifen. In manchen Fällen kann es zu Vernachlässigung² und Misshandlungen kommen. Durch die krankheitsbedingte ausbleibende fürsorgliche Anteilnahme bleiben Kindern z.B. ausreichende Hygiene und Nahrung, emotionale Wärme und Aufmerksamkeit der Eltern verwehrt (Lenz 2008: 21).

In den Familien übernehmen Kinder häufig Aufgaben im Haushalt und Alltag um ihre Eltern zu schonen oder, weil diese Arbeiten nicht ausführen können. Sind sie z.B. niedergeschlagen und können nicht aufstehen, kümmern sich die Kinder um die anderen Geschwister, kochen oder erledigen andere Tätigkeiten im Haushalt. Infolge der Erkrankung werden die Generationsgrenzen und Rollen innerhalb der Familie diffus, d.h. Kinder übernehmen die Funktion der Eltern oder des Partners und umgekehrt. Diese Rollenumkehr wird als Parentifizierung bezeichnet (ebd. 2008: 28). Der erkrankte Elternteil signalisiert dem Kind bewusst oder unbewusst Hilfsbedürftigkeit und beeinflusst damit das Handeln und Verhalten des Kindes. Letzteres übernimmt mitunter nicht kindgerechte Aufgaben wie z.B. die Kontrolle der Medikamenteneinnahme, die Vermittlung zwischen den Eltern oder das Geben von Trost und Zuwendung für den erkrankten Elternteil, um nur einige Ausprägungen zu nennen. Kritisch ist, dass Kinder beim Versuch ihren Eltern zu helfen ihre eigenen kindlichen Bedürfnisse nicht wahrnehmen bzw. erfüllt bekommen und das Gleichgewicht zwischen Geben und Nehmen zwischen Eltern und Kind gestört wird (ebd. 2008: 29). Parentifizierung ist „häufig ein verstecktes Phänomen“ (Ohntrup 2011: 378), welches verschiedene Auswirkungen für die Kinder beinhaltet. Durch die starke Verantwortungsübernahme

² Unter Vernachlässigung ist ein länger andauerndes oder vermehrt auftretendes Ausbleiben fürsorglicher Handlungen der Sorgeberechtigten zu verstehen, welche zur „Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre“ (Lenz 2008: 20).

gegenüber den Eltern kann es zu Ablösungsproblemen, Selbstzweifeln und Schuldgefühlen oder eigenen psychischen Erkrankungen kommen. Auf Grund der Nichtbeachtung eigener Bedürfnisse haben die meisten Kinder Identitätsprobleme oder ein unsicheres Selbstwertgefühl (ebd. 2011: 378).

Betrachtet man die Problematik von Familien mit psychisch kranken Eltern und insbesondere das Leiden der Kinder, so stellt sich die Frage, ob dieser Zielgruppe genügend Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen. Bezogen auf die Stadt Leipzig sind 12.600 Familien mit einem oder beiden psychisch erkrankten Elternteilen betroffen. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen dieser Masterarbeit:

Ist der Unterstützungsbedarf für Kinder psychisch kranker Eltern in Leipzig als ausreichend zu betrachten?

In welchen Bereichen der vorhandenen Hilfsstrukturen besteht ein gutes Leistungsangebot an Hilfen und an welchen Stellen ist weiterer Bedarf an Hilfen erforderlich?

1.2 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Masterarbeit ist in einen theoretischen und einen empirischen Teil untergliedert. Ersterer basiert auf einer Literaturrecherche, um einen Einstieg in die theoretischen Grundlagen, Begrifflichkeiten und Theorien zu erlangen. Anschließend wird der aktuelle Forschungsstand zu dem Sachverhalt vorgestellt. Das folgende (2.) Kapitel setzt sich mit einer soziologischen und psychologischen Theorie auseinander und leitet daraus die Bedingungen für eine stabile und liebevolle Beziehung zwischen Eltern und Kindern ab. Zudem erfolgt ein Überblick über die häufigsten psychischen Erkrankungen und eine Darstellung der jeweiligen Symptome, Krankheitsverläufe und Therapiemöglichkeiten (Kapitel 3). Dabei liegt der Schwerpunkt des Abschnittes auf den störenden Auswirkungen psychischer Krankheiten der Eltern auf die Eltern-Kind-Beziehung. Daran anknüpfend, befasst sich das vierte Kapitel spezieller mit den Folgen elterlicher psychischer Erkrankungen auf die einzelnen Entwicklungsstadien der Kinder, d.h. vom Säuglings- bis zum Jugendalter. Kinder sind in den einzelnen Altersstufen mit verschiedenen Entwicklungsaufgaben konfrontiert. Inwiefern diese durch psychische

Störungen eines oder beider Elternteile auf verschiedene Weise beeinflusst und beeinträchtigt werden können, wird in diesem Abschnitt expliziert.

Mit dem 5. Kapitel beginnt der empirische Teil der Masterarbeit. In diesem wird zunächst die Methode und das Vorgehen eines Experteninterviews erläutert. Folgend wird an Hand der Beratungsstelle Auryn ein Beispiel möglicher sozialarbeiterischer Unterstützungsmöglichkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern in Leipzig vorgestellt (Kapitel 6). Dabei werden die bereits vorhandenen Strukturen und Angebote der Kontakt- und Beratungsstelle und ihre Bedeutung für die Zielgruppe aufgezeigt.

Weiterführend werden im 7. Kapitel die Ergebnisse des Experteninterviews mit der Leiterin der Beratungsstelle Auryn präsentiert und mit Interviewstellen veranschaulicht. Der Kern der dargestellten Resultate liegt dabei auf dem Aufzeigen von fehlenden Hilfsstrukturen und offenen Bedarfen.

Zuletzt wird im 8. Kapitel, rückblickend auf die Ausgangsfragestellung, eine Bilanz der Ergebnisse aus der vorliegenden Masterarbeit gezogen.

1.3 Forschungsstand

Kinder psychisch kranker Eltern waren lange in der Öffentlichkeit und der Forschung in Deutschland nicht präsent. Das änderte sich im Jahr 1996 als bei dem Kongress „Hilfen für Kinder psychisch Kranker“ die Situation und Probleme der Kinder vorgestellt und diskutiert wurden. Bis dahin gab es keine fundierten empirischen Belege über die Anzahl und die Reichweite der betroffenen Kinder mit erkrankten Eltern und deren Situation (Schone 2010: 11). Folgend werden drei Forschungsrichtungen vorgestellt, welche sich mit der Problemlage von Kindern psychisch kranker Eltern auseinandersetzen.

Die **High-Risk-** oder auch **Risikoforschung** beschäftigt sich mit der Wahrscheinlichkeit bzw. dem erhöhtem Risiko, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln, wenn ein oder beide Elternteile erkrankt sind. Beispielsweise liegt die Wahrscheinlichkeit an einer Schizophrenie zu erkranken in der Bevölkerung bei 1%. Ist ein Elternteil betroffen, liegt das Erkrankungsrisiko bei 10% und sind beide erkrankt bei 40%. Schätzungsweise 40% der Kinder mit einem Elternteil, welches unter einer affektiven Störung leidet, widerfährt in ihrem Leben eine solche Störung. Sind beide

Eltern erkrankt, liegt die Wahrscheinlichkeit bei 70% (Lenz 2010: 3). Die Forschung dieses Ansatzes versucht durch Kontroll- und Vergleichsgruppen das Erkrankungsrisiko darzustellen. Im Allgemeinen haben Kinder von psychisch Kranken ein 2-3fach erhöhtes Risiko selbst an einer psychischen Störung zu erkranken (Lenz 2008: 7). Erste Studien dazu begannen in den 1970er Jahren und „sollten die Erbllichkeit vor allem psychotischer Erkrankungen klären“ (Deneke 2008: 63). Dies sollte insbesondere zur Früherkennung und –behandlung der psychischen Erkrankungen dienen. Die bekannteste Untersuchung auf diesem Gebiet ist die Mannheimer Risikostudie (Lexow 2008: 92). Die High-Risk-Forschung bezieht sich vor allem auf die Erbllichkeit und den genetischen Aspekt hinsichtlich einer psychischen Erkrankung.

Ergänzend an die genetische Einflussnahme setzt sich **die Bewältigungs- oder Copingforschung**³ mit den psychosozialen Einflussfaktoren im Lebensumfeld und der Persönlichkeit der Kinder auseinander. Sie geht davon aus, dass Gene in Verbindung mit psychosozialen Faktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen ursächlich sind (Lenz 2011: 269). Im Zusammenhang mit der Bewältigungsforschung ist Resilienz zu erwähnen. Dabei handelt es sich um einen „Prozess positiver Anpassung angesichts“ (Lenz 2010: 8) widriger oder belastender Lebensumstände. Durch eigene Bewältigungsstrategien sollen negative oder einschränkende Folgen für die Entwicklung des Kindes vermieden oder reguliert werden (Schneider: 2012: 575). Bei fehlender Resilienz sind Kinder den gefährdenden Umständen voll ausgesetzt und ihnen fehlen die Möglichkeiten die Belastungen abzumildern. Hinsichtlich der Resilienz existiert eine eigene Forschungsrichtung, welche sich mit den Schutzfaktoren für eine gelingende Bewältigung auseinandersetzt. Dabei steht insbesondere die Frage im Vordergrund, warum sich manche Kinder unter ähnlichen Bedingungen gesund entwickeln und andere psychische Erkrankungen ausbilden. Eine Bewältigung belastender Situationen ist abhängig von den Ressourcen, über welche Kinder verfügen. Ressourcen werden in diesem Zusammenhang als Schutz- oder protektive Faktoren bezeichnet, wenn sie dem Kind in schwierigen Situationen von Nutzen sind (Lenz 2008: 53). Es kann zwischen generellen und speziellen Schutzfaktoren unterschieden werden.

³ Coping (engl.: Bewältigung) wird in dem Zusammenhang als ein Prozess der Auseinandersetzung mit Stress oder Belastungen verstanden, die das Wohlbefinden einer Person einschränken oder gefährden (Schneider 2012: 568).

Generelle Schutzfaktoren untergliedern sich in Kind-zentrierte, Familien-zentrierte und soziale Schutzfaktoren. Zu den Ersteren gehören Merkmale wie das Temperament, welches z.B. das Anpassungsvermögen beinhaltet, die soziale Empathie, Intelligenz, Problemlösefähigkeiten oder ein positives Selbstwertkonzept (Lenz 2008: 56f.). Familien-zentrierte Schutzfaktoren beziehen sich auf die elterliche Wärme und das Interesse gegenüber dem Kind, einer emotional sicheren und stabilen Bindung, Anpassungsfähigkeit und einem akzeptierenden und fördernden Erziehungsstil. Zuletzt sind soziale Schutzfaktoren von großer Bedeutung, um schwierige Lebensumstände gut bewältigen zu können. Zu den sozialen Ressourcen gehören die soziale Unterstützung durch die Familie, beständige Beziehungen zu Erwachsenen, ein unterstützender Freundeskreis oder der Zugang beispielsweise zu Vereinen (Lenz 2010: 11). Je mehr Schutzfaktoren wirksam und verfügbar sind, desto besser können Kinder widrige Situationen ohne weitere Folgen überstehen.

Spezielle Schutzfaktoren sind unter anderem die Krankheitsbewältigung und der Umgang mit der Erkrankung in der Familie. Die Reaktion auf eine psychische Erkrankung kann sich u.a. in Tabuisierung, Verleugnung, Überbewertung oder Verdrängung äußern (Wiegand-Grefe/ Halverscheid et al. 2011 S. 317). Das Verhalten der Eltern auf die psychische Erkrankung hat zudem Einfluss auf das Kind, z.B. ob es auf Grund mangelnder Kommunikation eigene Unsicherheiten und Ängste entwickelt. Die Bewältigungsforschung in Bezug auf Kinder psychisch kranker Eltern steht in ihrer Untersuchungen noch „an ihrem Anfang“ (Lenz 2011: 289).

Als Pendant zu den Schutzfaktoren, gibt es negative Einflussfaktoren, welche das Risiko des Kindes erhöhen an einem psychischen Leiden zu erkranken. Diese belastenden Faktoren werden auch als Risikofaktoren bezeichnet. Neben einer genetischen Disposition werden ebenso psychosoziale Einflussfaktoren für die Erklärung, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, hinzu gezogen (Lenz 2010: 4). Belastende Faktoren sind u.a. die Dauer und Schwere sowie der Umgang mit der elterlichen Erkrankung, d.h. je länger ein Elternteil erkrankt ist, desto höher ist das Risiko des Kindes selbst zu erkranken. Ein weiterer Risikofaktor ist die Erziehungsfähigkeit der erkrankten Eltern, insbesondere die fürsorgliche Betreuung und Beziehung zwischen Eltern und Kind. Psychisch kranken Eltern fällt es oft schwerer die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und ihnen emotionale Wertschätzung zu liefern.

Mitunter kommt es vor, dass sie weniger empathisch sind und sogar feindselige und negative Haltungen gegenüber dem Kind entwickeln (ebd. 2010: 5). Weitere Risikofaktoren sind die Parentifizierung (siehe Kapitel 1.1), das Rede- und Kommunikationsverbot innerhalb der Familie und nach außen, eine Disharmonie zwischen den Eltern, fehlende soziale Netzwerke, Missbrauch oder Vernachlässigung oder eine niedrige sozioökonomische Lage der Familie, d.h. Armut und Arbeitslosigkeit (Lenz 2011: 271). Beachtet werden muss, dass ein Risikofaktor nicht für die Ausbildung einer psychischen Erkrankung ursächlich ist. Vielmehr besteht das Risiko einer psychischen Störung auf Grund mehrerer zusammenwirkender Risikofaktoren und weiterer Einflussfaktoren.

Eine weitere Forschungsrichtung ist die **Vulnerabilitätsforschung**. Vulnerabilität kann als Gegenstück zur Resilienz gesehen werden und meint die Verletzbarkeit eines Kindes durch bzw. während erschwerenden Lebensbedingungen.

Die Vulnerabilität eines Kindes beeinflusst „das Ausmaß der Wirksamkeit von Risikofaktoren“ (Esser 2011: 8). Umso höher die Verwundbarkeit eines Kindes ist, desto stärker kommen die Risikofaktoren zur Wirkung. Die Kinder haben dabei keine Ressourcen oder Möglichkeiten auf Belastungen zu reagieren. Als Ursache für die Vulnerabilität wird eine „Störung der Informationsverarbeitung“ (Lenz 2005: 23) im Gehirn angesehen. Kinder können Reize nicht ordnen oder verstehen und daher sind sie weniger fähig Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Die Vulnerabilitätsforschung untersucht insbesondere die Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern „auf die frühe Entwicklung des Kindes“ (ebd. 2005: 24). Ein Ergebnis solcher Studien ist, dass Kinder psychisch kranker Eltern ungünstigere Entwicklungschancen besitzen im Vergleich zu Kindern gesunder Eltern, was jedoch nicht pauschalisiert werden darf. Neben der Beeinflussung der elterlichen Erkrankung auf das Kind, wirken sich das Verhalten und der Umgang zwischen Elternteil und Kind umgekehrt auf die Mutter bzw. den Vater aus. Resultierend aus der frühen Gefährdung von Kindern mit psychisch kranken Eltern ist ein zeitiges Erkennen erster Krankheitssymptome sowie schnelle Unterstützung der erkrankten Person angebracht, um Entwicklungsstörungen des Kindes entgegenzuwirken (ebd. 2005: 26).

1.4 Motivation

Neben meinem Masterstudium der Sozialen Arbeit bin ich seit September 2012 ehrenamtlich in der Evangelischen Lebensberatungsstelle des Diakonischen Werkes in Leipzig tätig. Im Rahmen dieses Ehrenamtes hatte ich die Möglichkeit an verschiedenen Weiterbildungen und Arbeitsgruppen teilzunehmen. In der Arbeitsgruppe der Schwangerenberatung in Leipzig stellte eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle Auryn ihre Arbeit und die Einrichtung vor. Dabei fiel mir auf, dass in meiner Ehrenamtsstelle einige Eltern mit psychischen Erkrankungen Beratung und Hilfe suchten. Durch das Wissen um Angebote wie Auryn war es möglich, diese Eltern an die Beratungsstelle weitervermitteln, da eine psychische Erkrankung Auswirkungen auf die Kinder und die ganze Familie hat. So entwickelte ich mein Interesse, welche Unterstützungsmöglichkeiten es für Kinder psychisch kranker Eltern in Leipzig gibt und an welcher Stelle weiterhin Bedarf und offene Handlungsmöglichkeiten bestehen.

2 Die Bedeutung der Familie als soziales System für das Kind

Das folgende Kapitel setzt sich auf theoretischer Ebene mit der Fragestellung, welche Konsequenzen elterliche psychische Erkrankungen auf Kinder haben, auseinander. Hierzu werden zwei maßgebliche Theorien vorgestellt:

die Sozialisationstheorie nach Emil Durkheim mit ihrer starken soziologischen Verankerung und die Bindungstheorie nach John Bowlby, welche psychologischen Ursprungs ist. In einem nächsten Schritt soll aufgezeigt werden, welche Voraussetzungen und Verhaltensweisen in einer Familie bzw. bei den Elternteilen notwendig sind, um eine gute und sichere Eltern-Kind-Bindung zu gewährleisten.

2.1 Sozialisationstheorie nach Emil Durkheim

In diesem Abschnitt wird eine Sozialisationstheorie zur Entwicklung des Menschen im Zusammenspiel mit seiner Umwelt näher beleuchtet. Es gibt verschiedene Definitionen von Autoren über Sozialisation, sowie mehrere Theorien, welche versuchen den Vorgang und die Thematik der Sozialisation zu beschreiben.

Zunächst erfolgt eine Erklärung des Begriffes der Sozialisation. Nachfolgend wird auf die wesentlichsten Inhalte der Theorie von Emil Durkheim eingegangen, sowie insbesondere die Rolle der Familie für Kinder verdeutlicht.

Beginnend werden die Kernaussagen zur Sozialisation von Matthias Grundmann vorgestellt. Er beschreibt den Grundgedanken der These als Prozess, in welchem Kinder und Jugendliche „in die Gesellschaft integriert werden und dabei eine eigene Persönlichkeit ausbilden“ (Grundmann 2006: 9). Sozialisation beschreibt er als einen Entwicklungsverlauf, indem die Nachkommen das Wissen, die Regeln und Fertigkeiten von ihrem sozialen Umfeld erwerben und damit eine soziale Gemeinschaft möglich wird. Der Prozess der Sozialisation beschreibt des Weiteren einen komplexen Ablauf „durch den soziale Verhältnisse auf Individuen einwirken und umgekehrt, soziale Verhältnisse durch individuelle Aktionen gestaltet werden“ (ebd. 2006: 11). Demnach bietet Sozialisation einerseits den Rahmen, indem sich Kinder durch verinnerlichte Werte, Fertigkeiten u.a. zu Erwachsenen entwickeln und ihre Persönlichkeitsmerkmale ausprägen können. Zum anderen bilden die Individuen erst durch geteilte

Anschauungen und Handlungen einen Kontext, d.h. eine Gesellschaft in der sich die Nachkommen entwickeln können.

Dieter Geulen betont in diesem Zusammenhang besonders den Zwangscharakter, mit welchem die Individuen Wissen und Verhaltensnormen verinnerlichen müssen, um sich erfolgreich in die Gemeinschaft zu integrieren (Geulen 2005: 39). Dieses Tragen gemeinsamer Werte, Bedürfnisse und Einstellungen ermöglicht erst das Zustandekommen einer Gesellschaft. Darüber hinaus weist er auf die Ambivalenz des Menschen hin, welcher zum einen eine selbstständige Persönlichkeit ausbildet und zum anderen durch die genannten verinnerlichten Regeln und Zwänge der Gesellschaft beschränkt bleibt. Anders formuliert existiert ein Spannungsfeld zwischen der freien Persönlichkeitsentwicklung des Menschen und den gesellschaftlichen Anforderungen wie z.B. Rollen- oder Werteregeln, denen sich das Individuum fügen muss. Eine Lösung sieht Dieter Geulen „in der zunehmenden Arbeitsteilung“ (ebd. 2005: 41), durch welche das Individuum zwar in die Gemeinschaft eingebettet ist, aber gemäß seiner Präferenzen und Dispositionen seinen Interessen nachkommen kann.

Die Sozialisationstheorie umfasst überdies interdisziplinäre Ansätze aus Soziologie, Psychologie und Pädagogik. Dabei geht die Theorie insbesondere der Frage nach „wie soziale, kulturelle, ökonomische und ökologische Strukturen und Prozesse als Bedingungen der menschlichen Persönlichkeitsbildung wirken“ (Hurrelmann 1995: 9). Seitens der Soziologie setzt sich die Theorie mit den sozialen Bedingungen und Vorgängen auseinander, wie ein Kollektiv die geltenden Normen, Ansichten, Perspektiven und Handlungsorientierungen durch die einzelnen Gesellschaftsmitglieder sichert und stabilisiert (ebd. 1995: 9). Aus soziologischer Sicht liegt der Fokus folglich auf dem gesellschaftlichen Rahmen und Prämissen, welche die persönliche Entwicklung eines Individuums bedingen.

Die psychologische Betrachtungsweise liegt auf der einzelnen persönlichen Biografie und Herausbildung der subjektiven Individualität. Seitens der Pädagogik wird der Frage nachgegangen, wie eine Personen und deren Umfeld „so stimuliert und beeinflusst werden können, dass eine nach persönlichen und zugleich nach gesellschaftlichen Kriterien wünschenswerte Persönlichkeitsentwicklung zustande kommt“ (ebd. 1995: 9). Hierbei spielen insbesondere Erziehungsinstanzen wie die Familie, der Kindergarten

oder die Schule eine wichtige Rolle. Neue Theorien zur Thematik der Sozialisation gehen von der Annahme aus, dass sowohl psychische Faktoren als auch komplexe gesellschaftliche Bedingungen bei der Entwicklung eines Individuums eine Rolle spielen. Kinder und Jugendliche gestalten aktiv die Beziehungen und das Geschehen in ihrer Umwelt. Diese Entwicklung der wechselseitigen Auseinandersetzung mit dem Umfeld ist ein Prozess, welcher lebenslang fortgeführt wird (ebd. 1995: 10). Zu Beginn der Entwicklung sei der Mensch, nach Emil Durkheim, ein asoziales Geschöpf. Individuen verfügen von Anfang an über eine individuelle biologische und psychische Ausstattung, welche in Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt die Person zu einer „sozial handlungsfähigen Persönlichkeit bildet“ (ebd. 1995: 14). Die Sozialisationstheorie nach Emil Durkheim beinhaltet zwei wesentliche Kernannahmen. Zum einen setzt sie die Existenz gesellschaftlicher Einflüsse auf das Individuum voraus. Eine Herausbildung der eigenen Persönlichkeit erfolgt demnach immer im Rahmen des gesellschaftlichen Kontexts. Eine Gesellschaft ist je nach ihrem historischen Zeitpunkt geprägt und wirkt sich dementsprechend auf das Individuum aus. Eine zweite Aussage befasst sich mit der Notwendigkeit einer Gesellschaft und deren Orientierungshilfen, Normen und vermittelten Kenntnisse ohne die sich ein Mensch nicht orientieren, aktiv handeln oder gestalten könnte. Ein Mensch kann sich demnach nur entwickeln, wenn er sich mit seiner Umwelt auseinandersetzt. Die Herausbildung der Persönlichkeit eines Menschen wird aus Sicht der Sozialisationstheorie als „zweite“ soziokulturelle Geburt erlebt“ (ebd. 1995: 275), bei der das Individuum sich in das Interaktionsgefüge der Familie und anderer sozialer und gesellschaftlicher Konstellationen anpasst.

In den Ausführungen von Emil Durkheim wird außerdem betont, dass Sozialisation bis zum Tod des Menschen anhält und auf den jeweils erreichten Entwicklungsstufen im Leben aufbaut. Da bestimmte Entwicklungsaufgaben von Vorherigen geprägt oder abhängig sind, sind die ersten Entwicklungsstufen von besonderer Wichtigkeit. Diese bilden grundlegende Voraussetzungen. An Hand der Fertigkeiten, die in einer Entwicklungsstufe angeeignet werden, ist die Art und Weise der Bewältigung weiterer Aufgaben im Leben bestimmt (ebd. 1995: 277). Die zentrale Sozialisationsinstanz von Kindern bildet die Familie und später die Schule. Der Familie kommt als Vermittler von ersten Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Regeln und Wissen eine wichtige Rolle zu. Abhängig von beispielsweise den Erziehungsstilen formt die Familie frühzeitig die Persönlichkeit des Kindes. Auch die emotionalen Verhaltensweisen und der Umgang

mit dem Kind tragen zur Entwicklung eines Individuums bei. Es ist davon auszugehen, dass umso emphatischer und liebevoller Eltern auf die Persönlichkeit ihres Kindes eingehen und je mehr Anreize und Ausbaumöglichkeiten sie liefern, desto günstiger verläuft die Sozialisation und Entwicklung des Kindes. Daneben sind klare „Wertevorstellungen und Verhaltenserwartungen“ (ebd. 1995: 282) von Vorteil, damit sich das Kind kontinuierlich an seine soziale Umwelt anpassen und orientieren kann.

2.2 Bindungstheorie nach John Bowlby

Dieser Abschnitt setzt sich mit einer Theorie auseinander, welche die Bedeutung einer kontinuierlichen, liebevollen Beziehung der Bezugspersonen, üblicherweise der Eltern und insbesondere der Mutter, auf das Kind untersucht. Desweiteren liegt der Fokus auf den psychischen und körperlichen Auswirkungen, welche durch eine Trennung des Kindes von seinen Eltern auftreten. Der englische Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby kann als Begründer bzw. als Vorbereiter der Bindungstheorie gesehen werden. Ergänzt wird Bowlbys Theorie durch empirische Studien der amerikanischen Psychologin Mary Ainsworth, auf welche in dieser Arbeit jedoch weniger eingegangen wird. John Bowlby setzte sich unter anderem mit den Arbeiten von Sigmund Freud auseinander, kritisierte diese und erweiterte sie in bestimmten Ansätzen. Während Sigmund Freud vor allem in der Sexualität des Menschen die Ursache für bestimmte Handlungen und Entwicklungen sah, behauptet John Bowlby, dass der Drang nach emotionaler und körperlicher Wärme die treibende Kraft für das Handeln und Interagieren des Menschen ist (Schneider 2009: 57). John Bowlby bricht die bis dahin vertretene Ansicht der Psychoanalyse, dass Säuglinge durch innere Triebe ihre Bedürfnisse befriedigen und ihr Selbst erhalten wollen. Vielmehr geht Bowlby davon aus, dass Menschen von Geburt an ein Bedürfnis nach Bindung und Nähe besitzen, d.h. Kinder binden „sich an Objekte, nicht weil sie Triebbefriedigung gewährleisten, sondern weil sie Sicherheit und Kontakt bieten“ (ebd. 2009: 58).

Er stimmte jedoch mit Freud dahingehend überein, dass Geschehnisse in der Kindheit und die Beziehung des Kindes zu den Eltern eine wichtige Rolle für den späteren psychischen Gesundheitszustand eines Kindes bedeuten (Spangler 2009: 17). Bekannt ist, dass Gene für die spätere Entwicklung eines Menschen ausschlaggebend sind, jedoch Umwelteinflüsse und Erfahrungen den Menschen ebenso prägen können. Durch

seine Tätigkeiten in Kinderheimen beobachtete John Bowlby, wie sich Trennungen von Eltern und Kinder auf Letztere auswirkten. In den Verhaltensauffälligkeiten und Störungen der Kinder und Jugendlichen sah er die Auswirkungen einer solchen Entbehrung der Eltern (ebd. 2009: 27). Seine erste These bezog sich auf die Behauptung, dass frühe schmerzliche Erfahrungen wie Trennung von den Eltern entscheidend für die weitere Persönlichkeitsentwicklung des Kindes ist (ebd. 2009: 9). Überdies untersuchte er den Einfluss, welchen eine Fremdunterbringung auf ein Kind haben kann. Bowlby beobachtete in dem Verhalten von Kindern bei Trennung von ihren Eltern oftmals eine verzweifelte Reaktion mit dem Wunsch nach Rückkehr der Mutter. Bisherige Theorien erklärten dieses Verhalten bzw. die Bindung des Kindes an seine Mutter mit der Tatsache, dass die Mutter das Kind ernähre und daher wichtig für das Kind sei (ebd. 2009: 19). Anlässlich dieser für Bowlby unzureichenden Begründung vertiefte er sich mit der Ethologie und der Beziehung von Säugetieren. Die später formulierte Bindungstheorie kann als interdisziplinäre Theorie gesehen werden, welche Züge aus Gebieten der Ethologie, Psychoanalyse, Psychologie und Biologie enthält (Schneider 2009: 57). Seine erste empirische Untersuchung aus dem Jahr 1944 umfasste eine Auseinandersetzung mit 44 Einzelfällen (ebd. 2009: 58). Dabei hob er die Bedeutung erlebter Trennungen oder Verluste für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten hervor. In weiteren Studien setzte er sich mit den Auswirkungen der Trennung eines Kindes von seiner Mutter auseinander. Zu einer ersten offiziellen Formulierung der Bindungstheorie kam es bei einem Vortrag Bowlbys im Jahr 1957 vor der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft in London (Spangler 2009: 34). Mit seinen Ansichten, dass Bindung als eigenständiger biologischer Vorgang existiere, „der nicht von der Sexualität oder auch vom Bedürfnis nach Nahrung abhängig sei“ (ebd. 2009: 35), stieß er auf Widerspruch bei dem bisherigen psychoanalytischen Anschauungen. Darüber hinaus kritisierte Bowlby, dass bisherige Theorien der Psychoanalyse nicht zur Erklärung der Mutter-Kind-Bindung oder zum Verhalten des Kindes bei Verlust oder Trennung von der Mutter ausreichen.

Die Bindungstheorie basiert auf Beobachtungen von Kleinstkindern, für welche der Verlust der Mutter ein schmerzliches Erlebnis darstellt, welches mit verschiedenen Verhaltensweisen einhergeht. John Bowlby geht davon aus, dass ein Bindungsverhalten zwischen bestimmten Menschen existiert, bei welchem versucht wird Nähe, Sicherheit und Kontakt aufzubauen und zu erhalten. Dieses Verhalten äußert sich in beobachten,

hören, nachgehen, weinen, anklammern, je nachdem, ob die zu erreichende Kontaktperson zugänglich ist oder nicht (Bowlby 1994: 57). Dabei unterscheidet er explizit das Bedürfnis des Kindes nach Nähe aus Motiven des Hungers oder Durstes mit dem von Sigmund Freud postuliertem Sexualtrieb (ebd. 1994: 58). Desweiteren geht er davon aus, dass dieses Bindungsverhalten ein Leben lang stattfindet und instinktiv über bestimmtes Verhalten erfolgt. Das Bindungsverhalten wird nur dann aktiviert, wenn es notwendig ist, d.h. wenn die Bindungsperson abwesend ist oder nicht reagiert. Dann werden Verhaltenssysteme in Gang gesetzt, die durch Reaktionen wie weinen, schreien, nachfolgen der Bindungsperson versuchen mit derjenigen Person in Kontakt zu treten. Ist die Bindungsperson erreichbar, zugänglich und reagiert auf die Person, wird das Bindungsverhalten nicht angeregt. Gemäß der Bindungstheorie ist davon auszugehen, dass das Bindungsverhalten überlebensnotwendig ist, da sich z.B. Säuglinge nicht selbst versorgen können und auf den Kontakt, die Sicherheit und die Versorgung durch andere angewiesen sind. In diesem Zusammenhang verweist Bowlby auf das Pflegeverhalten, welches ergänzend zum Bindungsverhalten dazu dient das Individuum in bestimmten Situationen zu schützen (ebd. 1994: 59). In Bezug auf das Bindungsverhalten merkt John Bowlby an, dass Bindungsmuster auch gestört sein können beispielsweise durch Ereignisse in der Entwicklung des Kindes, was zu morbiden Verhaltensauffälligkeiten führen kann. Letzteres kann sich z.B. in Form von ängstlichem oder klammerndem Bindungsverhalten zeigen (ebd. 1994: 60). Ein verlässlicher, liebevoller und zugänglicher Kontakt, Versorgung und Nähe trägt dazu bei, dass sich ein Kind gesund entwickeln kann. Einige Vertreter der Bindungstheorie gehen davon aus, dass es kurz nach der Geburt eine so genannte kritische Phase gibt, bei der Körperkontakt zwischen Kind und Mutter besonders wichtig ist, um eine Bindung und Sicherheit herzustellen. Fehlt ein solcher enger Kontakt, besteht laut Theorie die Gefahr einer negativen Entwicklung der Bindung zwischen Mutter und Kind sowie das Risiko eventuell auftretender Verhaltensstörungen des Kindes (Herbert 1999: 24f.). Um eine stabile und begünstigte Beziehung zu erreichen, ist die Sensibilität der Mutter von entscheidender Bedeutung. Wie bereits erwähnt, verfügt das Individuum über ein Repertoire von Verhaltenssystemen, welche „eine biologische Funktion haben“ (ebd. 1999: 26), d.h. Säuglinge reagieren nicht nur auf äußere Einflüsse, sondern versuchen mit der Bindungsperson in Kontakt zu treten.

Die Verhaltensweisen wie weinen, schreien, lächeln o.ä. fungieren als Signale, auf welche die Mutter z.B. mit Trösten oder Füttern reagieren soll. Bindung ist in diesem Zusammenhang zu verstehen als „Übereinstimmung zwischen den Bedürfnissen des Babys und der Leistung der Mutter“ (ebd. 1999:27).

Die Vorstellungen von den Leistungen einer Mutter und Bindung im Allgemeinen sind nicht einheitlich. Unter Bindung lässt sich unter anderem die außerordentliche und starke Bezugnahme bezüglich der eigenen Nachkommen deuten. Hinsichtlich der Leistungen von Müttern gibt es beispielsweise diverse Unterscheidungen. Eine Mutter wird z.B. ihrem Kind gegenüber als zugeneigt und liebevoll eingeordnet, wenn sie konstant ihr Kind liebt, für es verantwortlich ist und sich ihm verbunden und nah fühlt (ebd. 1999: 22). Im Verhalten äußert sich dies in dem zeitnahen Reagieren auf Bedürfnisse, einer aufmerksamen Haltung und Zuneigung bzw. Körper- und Augenkontakt. Demgegenüber ist eine Mutter ihrem Kind gegenüber nicht liebevoll oder abweisend, „wenn sie über Losgelöstheit, Gleichgültigkeit oder Feindseligkeit gegenüber dem Baby spricht“ (ebd. 1999: 23) oder dem Gefühl emotionaler Distanz. So wie das Verhalten der Mutter beobachtet wurde, gibt es Untersuchungen bezüglich des kindlichen Seins. Nach John Bowlby ist eine Trennung oder der Verlust einer nahestehenden Person eines der schlimmsten Ereignisse, die jemandem passieren kann. Ausgehend von den theoretischen Ansätzen und Beobachtungen von John Bowlby, auf welche Weise Kinder auf die Trennung von ihren Müttern reagieren, stellt Mary Ainsworth drei Bindungsmuster auf (Spangler 2009: 24). Die Muster beziehen sich auf die Reaktion des Kindes auf seine Eltern, nachdem es von ihnen getrennt wurde. Bei dem sicheren Bindungsmuster gehen die Kinder offen auf ihre Eltern zu, möchten in deren Arme und Trost erfahren. Das zweite Muster wird als unsicher-vermeidend bezeichnet. Dabei distanzieren sich die Kinder nach Rückkehr der Eltern, entfernen sich und verweigern den Kontakt mit den Eltern. Ein drittes Bindungsmuster ist das Unsicher-ambivalente. Dabei ist die Reaktion des Kindes auf die Rückkehr der Eltern sehr zwiespältig. Es kann als eine Art Spannungsfeld zwischen dem Wunsch mit den Eltern in Kontakt zu treten bei gleichzeitigem Widerstreben dessen beobachtet werden. Nach der Auffassung Mary Ainsworth bleiben die Bindungsmuster aus zwei Gründen ein Leben lang stabil. Zum einen verhalten sich Eltern ihrem Kind gegenüber so, wie sie es gewöhnt sind, d.h. das Verhalten bleibt konstant. Als zweiten Grund gibt sie an, dass ein angenehmes und liebes Kind umgänglicher als Kontaktpartner ist, als ein

vermeidendes oder empfindliches Kind. Letzteres wird in einer Interaktion vermutlich eher als unbefriedigend erlebt, was dazu führen kann, dass die Eltern auf das abweisende Verhalten des Kindes ebenso reagieren (ebd. 2009: 26).

John Bowlby erfasst in seinen Ausführungen ebenfalls die Reaktion des Kindes auf die Rückkehr der Eltern. Typisches Verhalten ist u.a. eine Feindseligkeit gegenüber der Mutter, starkes Begehren der Ersatzmutter, „eine heitere, aber oberflächliche Anhänglichkeit an jede Person im Umkreis des Kindes“ (Bowlby 2005:25) oder die gleichgültige Verweigerung einer möglichen Kontaktaufnahme. Eine solche Apathie, wie im letzteren Fall, kann sich in monotonen Körperbewegungen äußern.

Vor dem Hintergrund, dass eine Trennung bzw. ein Verlust einer wichtigen Bindungsperson für die psychische Gesundheit von Relevanz ist, geht John Bowlby in seinen Ausführungen speziell auf die Deprivation ein. Unter diesem Begriff ist die Entbehrung der Mutterfigur bzw. anderer wichtiger Bindungspersonen und damit verbundener Vertrautheit gemeint, welche für die spätere psychische Gesundheit des Kindes von Bedeutung ist. Die sichere und vertraute Beziehung zur Mutter in den ersten Lebensjahren und ebenso weitere Beziehungen zum Vater oder zu Geschwistern wird als bedeutend erachtet, da sie zur Ausbildung der Persönlichkeit und einer gesunden Psyche des Kindes beiträgt. Bowlby bezeichnet das Fehlen einer Mutterfigur als „Mutterentbehrung“ (ebd. 2005: 11). Wird das Kind von einer ihm vertrauten Person versorgt, ist das Fehlen einer Mutter nach Bowlby nicht so schwerwiegend im Vergleich zu komplett fehlenden Bezugspersonen. Eine Deprivation äußert sich nicht bei jedem Kind gleich und unterscheidet sich darüber hinaus in ihrem Ausmaß. Unter anderem empfinden die Kinder starke Angst, Trauer, Hass, Schuldgefühle oder Liebesbedürfnisse. Darüber hinaus können sie Schlaf- und Essstörungen, Depressionen oder andere psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten entwickeln (ebd. 2005: 12, 22). Bowlby geht davon aus, dass ab einem Alter von drei Jahren eine Trennung von der Mutter ohne riskante Folgen geschehen kann, wenn das Kind von einer ihm vertrauten Person behütet wird. Die Ergebnisse seiner Aussagen erfasste John Bowlby aus direkten Beobachtungen aus z.B. Kinderheimen, retrospektiven Studien über psychisch erkrankte Erwachsene und begleitende Studien mit Kindern, welche einem Zustand der Deprivation ausgesetzt waren (ebd. 2005: 17).

Ein Ergebnis seiner Untersuchungen ist die Feststellung, dass Kinder mit Deprivationserfahrung in ihrer psychischen, sozialen, physischen und intellektuellen

Entwicklung nicht selten langsamer voranschritten als Kinder ohne solche Erlebnisse. Diese Entwicklungsverzögerungen erscheinen umso größer, je länger Kinder in einer Situation der Mutterentbehrung ausgesetzt waren. Verfügen sie in einem solchen Zustand über einen Mutterersatz, sind die Folgen weniger schwerwiegend. Ungeklärt ist in Bowlbys Überlegungen die Tatsache, weshalb manche Kinder durch eine Deprivation Schäden davotragen und andere nicht (ebd. 2005: 18). Er geht desweiteren explizit auf das Verhalten und die Folgen der Trennung von der Mutter bei Kindern in verschiedenen Altersstufen ein. Bei Säuglingen konstatierte er in seinen Beobachtungen oftmals einen Zustand der Depression, bei der sich die Kinder zurückziehen, Kontakt mit anderen meiden, sowie Schlaf- und Appetitsstörungen aufzeigen. In manchen Fällen kann es auch zu Traumatisierungen kommen (ebd. 2005: 22). Bei Kleinkindern im Alter ab zwei Jahren zeigen sich verschiedene Reaktionen auf die Mutterentbehrung. Sie weigern sich z.B. mit anderen Personen in Kontakt zu treten, zu essen, Nähe zu zulassen, empfinden Verzweiflung, Niedergeschlagenheit oder Wut. Nach diesem Zustand sind die Kinder meist erschöpft, ruhig, apathisch und öffnen sich nur langsam ihrer Umgebung. In gewissen Fällen zeigen Kinder Verhaltensweisen, welche für Säuglinge typisch sind, wie z.B. Einnässen. Ab dem Alter von fünf Jahren nimmt das Risiko schwerwiegender Folgen durch Deprivation ab, was nicht bedeutet, dass eine Verlusterfahrung ohne Folgen für die seelische Verfassung des Kindes einhergeht. In dieser Altersgruppe fühlen sich Kinder durch das Fehlen oder die Trennung von der Mutter nicht selten leer, gleichgültig, aggressiv, haben Heimweh oder suchen starken Kontakt zur Ersatzfigur. Das Verhalten der Kinder variiert in diesem Alter zum Teil sehr. Beachtet werden muss auch die Tatsache, dass Kinder ein anderes Zeitempfinden besitzen als Erwachsene. Für Kinder kann das Alleinsein an einem fremden Platz sehr viel schlimmer und zeitlich ewig empfunden werden, als es vergleichsweise für Erwachsene kurz ist. Dadurch ist auch das verzweifelte, ängstliche und hilflose Gefühl zu verstehen, indem sich Kinder durch die Ungewissheit ausgesetzt fühlen (ebd. 2005: 55). Eine Gefahr für die spätere Entwicklung sieht John Bowlby in der Annahme, dass es Kinder mit Deprivationserfahrung als Erwachsene schwer haben, selbst ein guter Elternteil zu sein (ebd. 2005: 28), da sie selbst nicht immer das Gefühl des Vertrauens, der Verlässlichkeit und Zuneigung erfahren haben und dies aus ihren Unkenntnissen und Unfähigkeiten nicht weitergeben können. Hinzu kommt, dass sie sich möglicherweise aus Angst enttäuscht oder verlassen zu werden, niemandem öffnen oder

nah kommen. Während Bowlby angibt, dass ab dem ersten bzw. im zweiten Lebensjahr die Schäden durch eine Deprivation am schwerwiegendsten sind, sind sich andere Forscher darüber uneinig bzw. anderer Ansicht. (ebd. 2005: 44).

Um einer Deprivation und deren Folgen vorzubeugen ist demnach eine konstante, affirmative Beziehung zu der Mutter notwendig bzw. zu einer ähnlich vertrauten Bezugsperson. Die Herausnahme eines Kindes aus seiner Familie sollte möglichst vollkommen vermieden werden. Bowlby präferiert stattdessen eine frühzeitige Förderung und Hilfe der Eltern „auf wirtschaftlichem, sozialem und medizinischem Gebiet“ (ebd. 2005: 83). Er geht davon aus, dass Kinder auch in mangelhaften Wohnungen mit nicht ausreichender Hygiene und Ernährung leben können, solange es sich von den Eltern geborgen und angenommen fühlt. Weder Heime noch Pflegefamilien können einem Kind die Nestwärme und Sicherheit geben, wie die eigenen Eltern. Nur wenige Argumente sprechen für Kinderheime. Sie sind z.B. angebracht für mehrere Geschwister, um diese nicht zu trennen oder für Jugendliche, welche eine Betreuung nicht mehr benötigen und keine Ersatzfigur akzeptieren. Besteht der Anlass für einen Heimaufenthalt, so präferiert John Bowlby kleine Heime mit familienähnlichen Gruppenzusammensetzungen (ebd. 2005: 130). In den Auslegungen John Bowlbys muss beachtet werden, dass die Vaterrolle oft außer Acht gelassen wird. Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung des Kindes im Fall einer Deprivation ist demnach weitestgehend ungeklärt. In geringem Ausmaß geht er des Weiteren auf die Konstellation getrennter Eltern ein (ebd. 2005: 1619).

Zusammengefasst liefert John Bowlby mit der Bindungstheorie einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung zwischenmenschlicher Beziehungen. Mit seiner psychologischen Theorie lassen sich bestimmte Verhaltensweisen von Kindern bzw. Erwachsenen erklären. Ausgehend von der frühen Mutter-Kind-Bindung wies er auf den Zusammenhang zwischen Bindungsstil und späteren psychischen Auffälligkeiten hin.

2.3 Bedeutung der Theorien für die Eltern-Kind-Beziehung

Kern dieses Abschnittes bilden die Voraussetzungen für eine sichere Bindung und stabile Persönlichkeit eines Kindes durch seine Eltern. Dabei wird sich auf die Ausführungen der vorgestellten Theorien bezogen.

In der Sozialisationstheorie wird die Vermittlung von Regeln, Fertigkeiten und Wissen betont, um sich in der Gesellschaft integrieren zu können. Aufgabe der Eltern ist somit eine Weitergabe und Förderung von Werten, Normen und Fähigkeiten, damit das Kind bestmöglich seine Eigenschaften und Persönlichkeitsmerkmale ausprägen kann. Für das Wohlbefinden des Kindes sind außerdem soziale Netzwerke von Bedeutung, welche sich sichernd und stabilisierend auf die Person auswirken.

Bezüglich der Sozialisationstheorie kann nur durch geteilte Perspektiven und Handlungsorientierungen der Mitglieder eine Gesellschaft beständig sein. Eltern sollten ihren Kindern eine Orientierung bieten und das Kind unterstützen aktiv zu handeln, um sich in seiner Umwelt eine gute Lebenslage zu ermöglichen. Emil Durkheim betont in der Theorie außerdem die Wichtigkeit einzelner Entwicklungsstufen, da weitere Entwicklungsschritte auf den jeweils vorangegangenen aufbauen. Umso wichtiger ist, dass Eltern in jedem Entwicklungsabschnitt des Kindes eine gute Beziehung zu dem Kind besitzen. Dazu gehören ein liebevoller, empathischer Umgang und das Schaffen von Anreizen um das Kind zu fördern und eine günstige Sozialisation zu ermöglichen.

Seitens der Bindungstheorie wird eine kontinuierliche, verlässliche und liebevolle Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind betont. Trennungen und Entbehrungen des Kindes von den Eltern sollte vermieden werden, da Verlusterfahrungen negative Auswirkungen auf das Bindungsverhalten des Kindes haben. Für eine sichere Bindung ist beständige Nähe, Sicherheit und Kontakt von Bedeutung. Eltern sollten überdies dem Kind gegenüber zugänglich sein und auf seine Signale und Bedürfnisse angemessen und zeitnah reagieren. Zu einer gesunden Entwicklung des Kindes trägt auch die Sensibilität der Eltern bei. D.h. ob und wie sie auf Bedürfnisse des Kindes reagieren, es z.B. Trösten wenn es weint oder ignorieren. Sind die Eltern dem Kind zugewandt, fühlen sich mit ihm verbunden, emotional nah und geben ihm Zuneigung z.B. durch Augen- oder Körperkontakt, sind einige Voraussetzungen für eine sichere Beziehung zwischen Eltern und Kind gegeben. Das Gefühl von Geborgenheit, die Nestwärme und Sicherheit der Familie sind wichtig, damit sich das Kind angenommen fühlt. Um eine stabile Bindung zu erreichen, sollte es möglichst vermieden werden, das Kind aus seiner Familie herauszunehmen d.h. es fremd unter zu bringen. Da die Familie für das Kind Vertrautheit bedeutet, sollte bei Problemen stattdessen eine frühzeitige Hilfe und Unterstützung der Eltern erfolgen. Nachdem aufgezeigt wurde, welche Bedingungen für

eine gute Eltern-Kind-Beziehung notwendig sind, erfolgt im weiteren Verlauf eine Darstellung, inwiefern durch psychische Störungen sichere und liebevolle Familienstrukturen gefährdet werden können.

3 Die häufigsten psychischen Krankheiten im Überblick

Bevor im Verlauf dieses Kapitels auf die häufigsten psychischen Erkrankungen eingegangen wird, soll an dieser Stelle eine Begriffserklärung erfolgen.

Unter einer psychischen Störung ist ein „klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster“ (Wittchen 2011: 32) zu verstehen, welches einen Leidensdruck der Person beinhaltet. Dies kann sich in körperlichen bzw. motorischen Symptomen⁴ äußern oder in Einschränkung kognitiver oder emotionaler Funktionen. Zur Klassifikation psychischer Erkrankungen wurde ab dem Jahr 1992 die ICD10 (International Classification of Diseases) eingeführt (ebd. 2011: 40f.). Dies ist eine internationale Einordnung bzw. Kategorisierung psychischer Krankheiten. Ein anderes Klassifizierungssystem ist das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Diese Klassifizierungen ermöglichen eine Disposition von Symptomen und Krankheitsmerkmalen, welche in bestimmten Ausprägungen übereinstimmen. Letzteres unterscheidet sich von der ICD10 durch andere kategorische Einordnungen und Begriffsbestimmungen der Erkrankungen.

3.1 Angst- und Zwangsstörungen

Zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen gehören zum einen die Angststörung und zum anderen die Zwangsstörung. Beide variieren in der Ausprägung, Symptomen und im Verlauf.

Im Folgenden wird auf die **Angststörung** eingegangen.

In Untersuchungen wurde festgestellt, dass etwa 14% der 18 bis 65 Jahre alten Befragten an einer Angststörung leiden oder gelitten haben, wobei die Angaben je nach Studie variieren können (Wittchen 2004: 11). Angst an sich ist ein angeborenes, intuitives Gefühl, welches in bestimmten Situationen ausgelöst wird und nicht selten überlebensnotwendig ist. Als psychische Störung wird Angst deklariert, wenn sie „ohne erkennbaren Grund oder infolge inadäquater Reize“ (Schneider 2010: 130) und

⁴ Symptome sind Kennzeichen einer psychischen Erkrankung und können sowohl in körperlichen, als auch in kognitiven bzw. emotionalen Signalen deutlich werden. Sie können von der betroffenen Person subjektiv empfunden als auch von anderen Personen wahrgenommen werden (Wittchen 2011: 37).

übermäßig stark auftritt bzw. das Leben desjenigen beeinträchtigt. Genaue Ursachen für das Zustandekommen gibt es nicht. Viel mehr spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, d.h. Angst kann psychosoziale, neurobiologische, psychodynamische oder genetische Ursachen besitzen (Wehling 2005: 483).

Eine Angststörung kann sich in verschiedenen Symptomen äußern. Zu den Erscheinungsformen gehören u.a. körperliche Zeichen wie Atemnot, das Gefühl zu Ersticken, Bauch- und Brustschmerzen oder Herzrasen. Auch kann eine Angststörung die Wahrnehmung beeinflussen. So kann es infolge der Erkrankung zu Phänomenen wie Depersonalisation oder Derealisation kommen (ebd. 2005: 483). Depersonalisation bezeichnet einen Zustand der eigenen Persönlichkeit, Verhaltensweisen und Umwelt, welcher als fremd, unwirklich oder ungewöhnlich erlebt wird. Demgegenüber definiert sich Derealisation als ein Erleben von „Veränderungen in den räumlichen und zeitlichen Beziehungen“ (Fiedler 2008: 58) der nahen Umgebung. Situationen erscheinen auf einmal fremd, bekannt verändert und unbekannt. Beide Erfahrungen müssen nicht zwangsläufig auf psychische Störungen hindeuten. Oft geht die Angststörung mit anderen psychischen Störungen einher. So lässt sich in häufigen Fällen ein gemeinsames Auftreten von Angst- und Panikstörungen oder Phobien⁵ beobachten. Beispielsweise treten bei Patienten mit Angststörungen zu 80% Panikattacken auf. (Hautzinger 2008: 81). Es wird vermutet, dass etwa 4% der Allgemeinbevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer Panikstörung erkranken (ebd. 2004: 11). Unter einer Panikstörung ist das wiederholte Auftreten von Angstgefühlen zu verstehen, welche sich nicht auf bestimmte Objekte oder Situationen beziehen. Panikattacken oder Angststörungen sind Momente unverhältnismäßig starker Angst, deren Eintreten plötzlich beginnt, schnell ansteigt und nach relativ kurzer Zeit nachlässt. Dies kann durch einen Gegenstand, eine Situation oder ohne ersichtlichen Grund ausgelöst werden. Durch die Angst oder Scham vor erneutem Auftreten einer Angstattacke vermeiden die betroffenen Personen meist die augenscheinlich für die Angst ursächliche Situation oder das Objekt. Zu beobachten ist das erstmalige Auftreten einer Angsterkrankung im jungen Erwachsenenalter. Außerdem sind Frauen im Vergleich zu Männern häufiger von Angststörungen betroffen (ebd. 2008: 81).

⁵ Bei Phobien haben die betroffenen Personen unverhältnismäßige Angst vor bestimmten Gegenständen oder Situationen, was eine Meidung derjenigen Objekte oder Plätze zur Folge haben kann (Hautzinger 2008: 80).

Eine Ausprägung der Angststörung ist die generalisierte Angststörung. Dabei empfinden die Personen andauernde und belastende Sorgen und Angstgefühle, welche „als unkontrollierbar erlebt werden“ (ebd. 2008: 87). Typisch für die generalisierte Angststörung ist das Auftreten im Jugendalter sowie nach schweren Lebensereignissen. Angststörungen können zum einen durch Medikation und zum anderen durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren behandelt werden. Als Medikamente lassen sich Anxiolytika oder auch Antidepressiva einsetzen, wobei nach dem Absetzen der Medikamente ein erneutes Einsetzen der Symptome möglich ist (ebd. 2008: 89).

Eine andere Möglichkeit ist die Verhaltenstherapie. Diese hat das Ziel, den angstausslösenden Gegenstand oder die Situation aufzudecken und dem Patienten aufzuzeigen, dass die Angst kontrollierbar und gegebenenfalls ungerechtfertigt ist. Der Schwerpunkt der Therapie liegt zudem darin, Strategien zu entwickeln, mit den angstausslösenden Momenten umzugehen. Zusätzlich können Entspannungstechniken hilfreich sein.

Eine weitere, häufig auftretende psychische Erkrankung ist die **Zwangsstörung**, an der etwa 8% der Bevölkerung leidet. Bei dieser Erkrankung treten bei den Patienten Zwangsgedanken oder bzw. und Zwangshandlungen auf, welche als unkontrollierbar erlebt werden. Unter Zwängen können Gedanken oder Handlungen verstanden werden, „die sich einem Menschen aufdrängen und gegen deren Auftreten er sich vergebens wehrt“ (Wehling 2005: 494). Zu den Zwangsgedanken gehört bspw. der Gedanke einer möglichen Erkrankung, Angst vor fremder Gewalteinwirkung oder die zwanghafte Sorge für etwas verantwortlich (gewesen) zu sein. Die häufigsten Zwangshandlungen sind u.a. Kontroll-, Wasch-, Zähl-, Ordnungs- oder Sammelzwänge (ebd. 2005: 494). Oftmals wissen die Patienten um die Widersinnigkeit ihrer sich aufzwingenden Gedanken oder Handlungen, können deren Ausführung jedoch nicht unterlassen und erleben dies als unkontrollierbar. Die Durchführung der Zwangshandlungen beansprucht von den Patienten viel Zeit und Kraft, wodurch sie in ihrem Alltag eingeschränkt werden können. Zwangspatienten führen die ihnen aufdrängenden Handlungen meist aus, um Unglück oder schlimme Ereignisse zu umgehen, welche sie bei Nichtausführung der Handlungen befürchten (Hautzinger 2008: 90) oder um die innere Anspannung und den Druck zu mildern. Zwangsstörungen kommen meist im Erwachsenenalter erstmalig in Erscheinung, wobei nicht selten ein belastender Auslöser im Leben der Patienten ursächlich war. Zwangshandlungen unterscheiden sich in ihrer

Ausprägung zum Teil zwischen den Geschlechtern. Bei Männern sind eher Kontrollzwänge vorzufinden, wo hingegen bei Frauen vermehrt Waschzwänge zu beobachten sind (ebd. 2008: 91). Zwänge sind meist chronischer Art und treten mitunter komorbid, d.h. in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen auf. Darunter zählen z.B. depressive Erkrankungen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen. Ähnlich der Angststörung, gibt es bei der Zwangserkrankung multifaktorielle Ursachen. Für die Entstehung von Zwängen gibt es Erklärungen hinsichtlich genetischen Ursprungs. Hinzu kommen bestimmte Neurotransmitter, welche die Entstehung von Zwängen präferieren können. Ebenso können psychische und kognitive Erklärungsansätze auf Entstehungsmöglichkeiten von Zwangsstörungen hinweisen. Zum Beispiel kann das Bedürfnis alles perfekt machen zu wollen das Auftreten von Zwängen begünstigen (ebd. 2008: 92). Effektiv zur Behandlung von Zwangsstörungen erweist sich die Pharmakotherapie, d.h. eine Verhaltenstherapie und zusätzliche Medikation wie z.B. Antidepressiva. Ziel einer Verhaltenstherapie ist hier neben einer Verringerung des Leidensdrucks der Patienten eine soziale Reintegration (Wehling 2005: 495). Bei der kognitiven Verhaltenstherapie sollen die Patienten lernen, die ihnen ausgesetzten zwanghaften Reize nicht in Handlungen umzusetzen. Durch das Ausbleiben der Zwangshandlung wird dem Patienten verdeutlicht, dass die befürchteten Konsequenzen bei Nichtausübung der Handlung ausbleiben und ihm nichts Negatives widerfährt. Damit die Betroffenen auch im alltäglichen und häuslichen Kontext nicht rückfällig werden, d.h. Zwangshandlungen weiter ausführen, ist es ratsam die Familie und das soziale Umfeld mit einzubeziehen. Sie achten beispielsweise mit darauf, dass die zwanghaften Reaktionen unterlassen werden (Hautzinger 2008: 93). Ein vollständiges Verschwinden der Zwangsgedanken oder -handlungen ist nicht immer umsetzbar. Bei der Medikation muss außerdem beachtet werden, dass nach deren Absetzen die Symptome wieder auftreten können.

3.2 Affektive Störungen

Nachstehend liegt der Fokus auf den **affektiven Störungen**. Darunter sind im Allgemeinen psychische Erkrankungen zu verstehen, welche wesentlich den Antrieb, die Motivation sowie die Stimmung der Person beeinträchtigen. Diese Art von psychischen Störungen lassen sich nicht immer deutlich diagnostizieren.

Bei der affektiven Störung kommt es zu einem krankhaften Wandel des Gemütszustandes, der sich in verschiedenen Ausprägungen darstellen kann. Die Formen affektiver Störungen sind Depression, Manie und bipolare Störungen, d.h. der Wechsel aus depressiven und manischen Episoden (Paulitsch 2008: 129).

Die bekannteste affektive Störung ist die **Depression**, die in ihren Symptomen stark variiert. Zu den typischsten Kennzeichen einer depressiven Erkrankung gehören Niedergeschlagenheit, sinkende Leistungsfähigkeit, Interessenverlust, Freud- und Appetitlosigkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen, ein vermindertes Selbstvertrauen, eine innere Unruhe, Libidoverlust sowie negative Gefühle und Gedanken über sich und die Zukunft (Hautzinger 2011: 565). Neben psychischen Symptomen, äußern sich Depressionen ebenso in körperlichen Anzeichen. Bei einer Major Depression treten in einer Zeitspanne von mindestens zwei Wochen mehrere der genannten Symptome auf. Die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken liegt bei Frauen bei 20 bis 26% und bei Männern bei 8 bis 12%, wovon 20 bis 30% der Patienten meist nur eine depressive Phase erleben und bei 70 bis 80% im weiteren Verlauf erneute depressive Episoden erscheinen (Wehling 2005: 463). Wiederholt sich eine solche emotionale Episode, spricht man von einer rezidivierenden, d.h. wiederkehrenden depressiven Störung (Hautzinger 2008: 65). Die Ursachen, die zum Ausprägen einer depressiven Erkrankung führen sind vielfältig und bestehen meist aus mehreren Einflussfaktoren. Als Auslöser werden neben kritischen oder traumatischen Lebensereignissen ebenso biologische und psychologische Einflüsse berücksichtigt. So können genetische Veranlagungen oder Prozesse im Hormonhaushalt bzw. bestimmte Neurotransmitter zur Ausbildung einer Depression führen (ebd. 2008: 67). Depressive Erkrankungen äußern sich mitunter sehr heterogen. Je nach Auftreten und Ausprägung der Symptome lassen sie sich u.a. in leicht-, mittel- und schwergradige Depressionen untergliedern (Wittchen 2005: 14). Überdies lassen sich Depressionen noch in endogene und reaktive Formen unterscheiden. Die reaktive depressive Störung ist am weitesten verbreitet. Sie tritt in 75% der Fälle auf und ist Ergebnis äußerer Begebenheiten (Seligman 1999: 74). Diese Form einer Depression ist nicht genetischen Ursprungs und verläuft nicht zyklisch. Eine andere mögliche Erscheinungsform ist die endogene Depression. Diese Störung ist im Gegensatz dazu internen Ursprungs und lässt sich nicht auf äußere Umstände zurückführen. Endogene Depressionen werden meist durch

hormonelle oder genetische Faktoren ausgelöst (Helmchen 2001: 22). Depressive Störungen im Allgemeinen treten nicht selten in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen, wie z.B. Angst-, Zwangs-, Persönlichkeits- oder Essstörungen auf (Hautzinger 2011: 566). Zur Behandlung von Depressionen wird in der Regel eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie empfohlen. In den Psychotherapien sollen je nach Art der Therapie unbewusste Gründe für eine depressive Störung herausgearbeitet oder die Sichtweisen, Gedanken und das Verhalten bearbeitet werden, um kognitive Verzerrungen umzudeuten (Hautzinger 2008: 72). Es ist auch möglich die Patienten ausschließlich mit Medikamenten wie Antidepressiva oder einer Psychotherapie zu behandeln. Eine Verknüpfung aus beiden Ansätzen ist jedoch „bei schweren Verlaufsformen unerlässlich“ (Paulitsch 2008: 145). Zu beachten ist, dass es Menschen während einer depressiven Episode schwer fällt Hilfen zu suchen. Deshalb sollten diejenigen bei Nachlassen einer solchen Episode schnell helfende Maßnahmen in Anspruch nehmen. Das Ziel einer Behandlung liegt in der „Symptomreduktion, Verbesserung der Funktionsfähigkeit des Patienten im Alltag und Rezidivprophylaxe“ (Wehling 2005: 466), d.h. einer Verminderung möglicher erneuter depressiver Episoden. Es gibt weiterhin verschiedene alternative Behandlungsmethoden wie z.B. Lichttherapie, Elektrokrampftherapie, Schlafentzug, Sport- und Bewegungstherapie sowie Kur- bzw. Klinikaufenthalte (ebd. 2005: 466, Paulitsch 2008: 144).

Eine andere Form von affektiven Störungen ist die **Manie**, welche den Gegensatz zur Depression bildet. Manische Episoden treten bei etwa 5% der affektiven Krankheitsbilder auf, wobei die Zahl infolge von komorbidem Auftreten mit anderen Krankheitsbildern wahrscheinlich noch höher einzuschätzen ist (Wehling 2005: 470).

Diese psychische Erkrankung ist gekennzeichnet durch einen, den Situationen nicht angepassten, gesteigerten Stimmungszustand, Steigerung des Antriebs, verstärkten Sprachfluss, ständigem Wechsel der Ideen und Gedanken und Größenwahn (Schneider 2010: 116). Weitere Symptome einer Manie sind unter anderem eine übertriebene Fröhlichkeit, beschleunigte kognitive Vorgänge, Schlafminderung, gesteigerte Libido und ein gesteigerter Selbstwert (Wehling 2005: 470). Manische Erkrankungen können in verschiedenen Ausprägungen vorliegen, wobei die schwere manische Störung mit psychotischen Symptomen einhergehen kann. Behandlungen von manischen Patienten erfolgen meist stationär und mit Einnahme antipsychotischer Medikamente. Um den

Betroffenen den alltäglichen Umgang und das angemessene Verhalten in Situationen aufzuzeigen, sind außerdem Psychotherapien von großer Bedeutung.

Zu den affektiven Störungen gehört weiterhin die **bipolare affektive Störung**. Dieses Krankheitsbild beschreibt den Wechsel von depressiven und manischen Episoden bzw. auch das gemeinsame Auftreten beider Störungsformen. Eine Person mit einer bipolaren Störung erlebt wiederkehrende periodische Phasen mit Symptomen einer Depression und Manie (Seligman 1999: 75). Bipolare Störungen zählen mit ca. 30% zu den zweithäufigsten affektiven Störungen (Wehling 2005: 473). Für das Entstehen einer bipolaren Störung werden sowohl äußere Einflüsse als auch genetische Eigenschaften als Erklärungsfaktoren betrachtet. Bipolare Störungen haben ein heterogenes Erscheinungsbild. In der Mehrheit, d.h. bei 70% der Fälle beginnt eine solche Erkrankung mit einer depressiven Episode (ebd. 2005: 473). Die Dauer einer depressiven oder manischen Phase kann von Patient zu Patient stark variieren und Tage bis hin zu Jahren anhalten. Die Rückfallwahrscheinlichkeit ist bei einer bipolaren Störung relativ hoch. So erkranken etwa 75% der Patienten mit einer bipolaren Störung nach fünf Jahren erneut an einer solchen Erkrankung, wobei die Wahrscheinlichkeit eines Zurückbleibens von Symptomen mit der Anzahl und Dauer der Symptome zunimmt (ebd. 2005: 474). Etwa 40% der an bipolaren Störungen Erkrankten leiden an einer bleibenden Symptomatik. Wie bei den meisten psychischen Erkrankungen ist eine Psychotherapie. Sie soll die Patienten befähigen in ihrem Alltag und sozialem Umfeld besser zu Recht zu kommen und die Auswirkungen der Erkrankung zu bearbeiten. Überdies werden die Patienten mit Medikamenten wie Antidepressiva oder Lithium behandelt, um die jeweiligen Stimmungslagen aufzubessern oder zu stabilisieren (Hautzinger 2008: 73, 74). In der Praxis wird oftmals eine Kombination aus Psychotherapie und Medikation angewandt.

3.3 Suchterkrankungen

Unter den psychischen Störungen kommt die **Suchterkrankung** am häufigsten vor. Eine Sucht kann sich in verschiedenen Formen äußern. Der Missbrauch bzw. schädliche Gebrauch von bestimmten Substanzen ist eine mögliche Variante von Suchterkrankungen. Dabei sind sowohl körperliche als auch psychische

Beeinträchtigungen eine Folge. Eine andere Form ist die Abhängigkeit, d.h. das eindringliche Bedürfnis „sich eine psychotrope Substanz fortgesetzt oder periodisch zuzuführen (Schneider 2010: 192). Die Suchterkrankten verlieren oft die Kontrolle über die Einnahme und Häufigkeit der Substanzen und richten ihren Alltag auf den Konsum aus. Eine körperliche Abhängigkeit tritt ein, wenn Entzugssymptome bei Ausbleiben der Substanzeinnahme eintreten. Je nach Substanz kann eine Suchterkrankung verschiedene Ausprägungen haben. So kann es neben einem Substanzmissbrauch, einer Abhängigkeit oder Entzugserscheinungen z.B. noch zu psychotischen oder psychischen Verhaltensstörungen kommen oder einer akuten Intoxikation⁶ (ebd. 2010: 192).

Je nach Substanz variiert die Zahl der Suchterkrankten. Bezogen auf die Abhängigkeit harter Drogen liegen die Schätzungen in Deutschland bei etwa 200.000 bis 300.000 Konsumenten, wobei überwiegend 14- bis 30-Jährige darunter zählen und Männer fast doppelt so oft wie Frauen vertreten sind (Wehling 2005: 501).

Im Vergleich dazu liegt die Zahl der Medikamentenabhängigen in Deutschland bei einer Million. Davon sind etwa zweidrittel Frauen im Alter von 40 bis 50 Jahren.

Die Ursachen für die Entstehung einer Suchterkrankung sind vielfältig. Mögliche Faktoren, die eine Suchterkrankung begünstigen, sind die Akzeptanz des Substanzkonsums durch die soziokulturelle Umgebung. Die Einstellung des sozialen Umfelds zu z.B. Alkohol spielt neben der Zugänglichkeit der Substanzen eine entscheidende Rolle (Hautzinger 2008: 45). Zu den psychischen Faktoren die das Risiko einer Suchterkrankung erhöhen, gehören die Denkweise, bspw. dass Alkohol Sorgen und Stress abbauen kann bzw. Alkohol nicht sehr schädlich ist, sowie bestimmte Eigenschaften der eigenen Persönlichkeit (ebd. 2008: 46). Hinzu kommt außerdem das Suchtpotential der jeweiligen Substanzen, welche je nach Eigenart unterschiedliche Gehirnareale beeinflussen. Bestimmte Stoffe erzeugen z.B. eine Aktivierung von Dopamin oder Endorphinen. Diese Neurotransmitter erzeugen einen euphorischen Zustand, welchen die Konsumenten bei weiterer Substanzeinnahme erreichen oder halten wollen (ebd. 2008: 46). Der Konsum von schädlichen Stoffen kann zu körperlichen und psychischen Schäden führen. Neben Organschäden, kann es zu Veränderungen der psychischen Wahrnehmungs- und Leistungsfähigkeit kommen. Dies

⁶ Unter einer akuten Intoxikation ist eine durch Substanzeinnahme verursachte Bewusstseins-, Wahrnehmungs-, Verhaltens- oder Affektstörung zu verstehen (Hautzinger 2008: 39 f.).

kann sich beispielsweise in depressiven Episoden, Konzentrationsdefiziten oder vermindertem Selbstwert widerspiegeln (Wehling 2005: 497). Daraus können Suizidgedanken oder -handlungen resultieren. Eine wirksame Hilfe stellt bei Suchterkrankungen die Kombination aus Medikation und kognitiver Verhaltenstherapie dar. Das oberste Ziel aller Therapien bei Suchtpatienten ist die Abstinenz der jeweiligen Substanzen (ebd. 2005: 498). Bei einer Entgiftung stehen neben der Medikamenteneinnahme und einer Psychotherapie auch wirksame Trainings im Vordergrund. Dabei soll der Patient in einer verständnisvollen und motivierenden Umgebung lernen in stress- oder konfliktreichen Situationen andere Bewältigungsstrategien zu entwickeln statt von der Substanz Gebrauch zu nehmen. Daneben gibt es u.a. Entspannungstechniken, Gruppen-, Familien- oder Paartherapie (Hautzinger 2008: 48, Wehling 2005: 498). Neben einer Therapie der Patienten sind präventive Maßnahmen und Aufklärung von großer Bedeutung. Zum Beispiel soll in Schulen den Kindern und Jugendlichen beigebracht und verdeutlicht werden, wie wichtig deren soziale Fähigkeiten und ihr Selbstwert sind. Diese soziale Immunisierung soll die Jugendlichen befähigen in bestimmten Situationen Nein zu sagen, wenn ihnen beispielsweise Alkohol und andere Drogen angeboten werden.

3.4 Störungen des schizophrenen Formenkreises

Dieser Abschnitt befasst sich mit schizophrenen Störungen, welche als eine der gravierendsten psychischen Störungen eingestuft werden können (Hautzinger 2008: 51). Es gibt verschiedene Ausprägungen der schizophrenen Störungen. Unter **Schizophrenie** ist eine „Störung von Denken, Fühlen, Erleben und Verhalten“ (Schneider 2010: 104) zu verstehen. Im Speziellen werden die Wahrnehmungsleistungen, das soziale Verhalten, die Gefühlswelt und das Erfahren der eigenen Person durch die schizophrene Störung beeinflusst. Der Verlauf, die Krankheitszeichen und die Intensität der Erkrankung sind sehr unterschiedlich und variieren von Patient zu Patient. Ein erstes Auftreten der Störung ist häufig zwischen dem 15 und 35 Lebensjahr zu beobachten (Paulitsch 2008: 110). Die Häufigkeit an Schizophrenie zu erkranken, ist bei Männern und Frauen etwa gleich, wobei im zeitlichen Verlauf die Erkrankung bei Frauen meist später einsetzt. In der Bevölkerung sind etwa 1 bis 2 % von Schizophrenie betroffen (Hautzinger 2008: 61).

Für die Entwicklung schizophrener Störungen ist von mehreren Faktoren auszugehen. So wirken u.a. biologische Umweltfaktoren auf die Entwicklung schizophrener Erkrankungen mit ein. Probleme während einer Schwangerschaft oder der Geburt, sowie im Frühjahr oder Winter geborene Kinder weisen auf ein erhöhtes Erkrankungsrisiko hin (Paulitsch 2008: 112). Desweiteren sind Gene an der Ausprägung der Störung beteiligt. Ist ein Elternteil an Schizophrenie erkrankt, erhöht sich das Risiko selbst zu erkranken um 8% (ebd. 2008: 111). Weitere Faktoren, welche Schizophrenie prädisponieren, sind psychosoziale und familiäre Belastungen und Stress. Stress spielt vor allem bei der Rückfälligkeit von schizophrenen Symptomen eine ausschlaggebende Rolle. Hinsichtlich der Symptome sind schizophrene Erkrankungen sehr heterogen. Schizophrenie wird diagnostiziert, wenn folgende Symptome über mindestens einen Monat anhalten: Veränderung der Gedanken, Wahnvorstellungen, wahrgenommene Stimmen aus dem Inneren des Patienten, unrealistische Vorstellungen über die Welt wie z.B. Kontakt zu Außerirdischen, Halluzinationen, Denkstörungen, Verkrampfung bzw. Erregung verschiedener Körperregionen, Apathie, Gedankenlosigkeit oder Verminderungen im Sprachgebrauch und des Gemütszustandes (ebd. 2008: 114 f.). Eine schizophrene Erkrankung kann dauerhafte Folgen für den Patienten nach sich ziehen. Besonders betroffen sind die kognitiven Fertigkeiten, die durch Symptome wie Denkstörungen oder Wahnvorstellungen verändert und beeinträchtigt werden. Desweiteren hat diese psychische Störung Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen im Umfeld des Patienten. In vielen Fällen ziehen sich die Erkrankten zurück und haben zum Teil Schwierigkeiten sich im Alltag zu Recht zu finden. Eine Schizophrenie verläuft meist schleichend und ist in den Symptomen und der Ausprägung kaum vorhersehbar (ebd. 2008: 118). Je nach Auftreten bestimmter Symptome werden an Schizophrenie erkrankte Menschen mit verschiedenen Medikamenten wie Antipsychotikum behandelt, welche zum Teil starke Nebenwirkungen verursachen können. Infolge dieser Nebenwirkungen setzen die Patienten zuweilen die Medikamente ab, was in 70% der Fälle innerhalb von kurzer Zeit zu Rückfällen der schizophrenen Störung führt (Wehling 2005: 481). Nach etwa sechs Monaten der Behandlung stabilisiert sich meist der Zustand der Erkrankung, wobei jederzeit die Gefahr eines Rückfalls besteht. In einer stabilen Phase treten mitunter weiterhin leichte Erscheinungen der Symptome auf (Paulitsch 2008: 121). Neben der medikamentösen Therapie spielt auch die psychologische Unterstützung eine wichtige Rolle. Dabei ist es

bisweilen sinnvoll Angehörige in die Therapie mit einzubeziehen, um über die Krankheit sowie deren Folgen wie bspw. das Verhalten des Erkrankten aufzuklären und den Umgang damit zu erleichtern.

3.5 Bedeutung psychischer Erkrankung für die Eltern-Kind-Beziehung

Das folgende Kapitel stellt die Auswirkungen psychischer Störungen der Eltern auf die Beziehung zu ihrem Kind mit Hilfe von Beispielen dar.

Ist ein Elternteil von einer Angst- oder Zwangserkrankung betroffen meiden sie meist öffentliche Plätze bzw. fahren nicht mehr Auto, aus Angst vor einem Aufkommen bekannter Angstattacken mit bspw. Herzrasen oder Schwindelgefühlen. Normale Tätigkeiten, wie z.B. das Kind zum Fußballverein zu fahren, sind für sie damit nicht mehr möglich. Kindern fällt es schwer auf das Verhalten der Eltern zu reagieren und die Beziehung zwischen Eltern und Kind wird durch Ängste und Unsicherheiten bestimmt. Kinder wissen nicht wie sie sich in bedrohlichen Situationen z.B. während einer Panikattacke des Elternteils verhalten sollen. Sie entwickeln meist Verlustängste und neigen dazu, sich vermehrt an das Elternteil zu klammern. Die zwanghafte Sorge um das eigene Kind kann als erdrückend empfunden werden und spätere Ablösungsprozesse in der Beziehung ungünstig beeinflussen. Durch das unregelmäßige Auftreten der Symptome und das daraus resultierende Verhalten der Eltern, erfahren Kinder keine verlässliche und stabile Struktur in der Familie. Befinden sich die erkrankten Elternteile in akuten Angst- oder Zwangszuständen können sie die Bedürfnisse des Kindes kaum wahrnehmen und auf diese eingehen. Die Kontinuität einer liebevollen Eltern-Kind-Bindung erfährt dadurch Brüche.

Menschen mit affektiven Störungen erleben hingegen Veränderungen in ihrer Stimmung, ihrem Antrieb und ihrer Motivation. In akuten depressiven Krankheitsphasen sind sie mitunter nicht fähig, sich um den Haushalt zu kümmern, u.a. einkaufen gehen, Wäsche zu waschen oder sich um die Kinder zu kümmern. Dies kann bis hin zu einer Vernachlässigung des Kindes führen. Ein Klinikaufenthalt oder Suizidversuch sind weitere traumatisierende Erlebnisse, die die Bindung des Kindes zu seinen Eltern stark beeinflussen. Mitunter ist der erkrankte Elternteil stark antriebslos

und schläft die meiste Zeit. In solchen Situationen kann es ihnen schwer fallen für die Befindlichkeiten des Kindes zugänglich zu sein und ausreichend liebevolle Reaktionen zurückzugeben. Durch die wechselnden Krankheitsverläufe ist eine kontinuierliche und sichere Bindung meist nicht möglich. Das Kind übernimmt nicht kindgerechte Verantwortung und Schuld gegenüber seinem erkrankten Elternteil und kann seinen eigenen Bedürfnissen nicht gerecht werden.

Bei Familien, in denen Elternteile an Suchterkrankungen leiden, ist der Alltag der Betroffenen überwiegend auf den Konsum der Substanzen ausgerichtet. Durch den Fokus auf die Einnahme und durch die Folgen des Substanzmissbrauchs sind die Eltern nicht in der Lage die Signale ihrer Kinder wahrzunehmen bzw. richtig zu deuten. Da das Denken und Handeln durch die eingenommenen Substanzen verändert wird, erleben die Kinder ein wechselhaftes, instabiles und unzuverlässiges Verhalten der Eltern. Dies hindert eine sichere und kontinuierliche Bindung zwischen Eltern und Kind erheblich. In manchen Fällen suchtkranker Familien kommt es zu Vernachlässigung, Misshandlungen oder Missbrauch der Kinder.

Eine Gefahr für Leib und Leben des Kindes kann auch aus akuten Wahnvorstellungen von Schizophrenie erkrankten Eltern ausgehen. Dabei kann durch Fehlinterpretationen der kindlichen Signale oder einer verzerrten Wahrnehmung das Kind unzureichend versorgt werden. In solchen Situationen können die Eltern fatal reagieren, indem sie z.B. das weinende Kind schütteln.

Durch das inkonsistente Verhalten der Eltern ist eine verlässliche und sichere Eltern-Kind-Bindung unmöglich. Das Bedürfnis nach Sicherheit und stabiler liebevoller Fürsorge entfällt durch die akuten Krankheitsphasen und dem unsicheren, ambivalenten Krankheitsverlauf.

4 Entwicklungsweg vom Neugeborenen zum Jugendlichen und Auswirkungen psychischer Erkrankungen eines oder beider Elternteils auf das Kind

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf der emotionalen und sozialen Entwicklung des Kindes. Im Zentrum der Ausarbeitung stehen das emotionale Erleben des Kindes in seinem Umfeld, der Austausch sozialer Beziehungen und das Entfalten der eigenen Persönlichkeit. Um die emotionalen und sozialen Entwicklungsschritte genauer betrachten zu können, erfolgt eine Einteilung in Altersgruppen. Beginnend mit dem Säuglingsalter, welches von der Geburt bis zum ca. ersten Lebensjahr eingegrenzt ist, folgt das Kleinkindalter d.h. Kinder im Alter von einem bis fünf Jahren. Anschließend wird die Gruppe der Schulkinder betrachtet, welche die Altersspanne der sechs- bis zwölf-Jährigen beinhaltet. Zuletzt wird die Kohorte⁷ der Jugendlichen näher beleuchtet, welche das Alter der zwölf- bis zwanzig-Jährigen umfasst. Die Einteilung in diese Altersstufen erfolgte in Anlehnung an Peter Rossmann (1999). Im Folgenden schließt sich an jede dargestellte emotionale bzw. soziale Entwicklungsstufe eine Schlussfolgerung an, welche die Auswirkungen psychisch kranker Eltern auf ihre Kinder näher beleuchtet. In diesem Zusammenhang wird vor allem auf die soziale Beziehung zwischen Eltern und Kind sowie die möglichen Konsequenzen eventuell mangelnder emotionaler und sozialer Erfahrungen bzw. Bedürfnisse eingegangen.

4.1 Säuglingsalter

Wie bereits erwähnt, bezieht sich das Säuglingsalter an dieser Stelle auf das Alter des Kindes ab der Geburt bis zum ersten Lebensjahr. Neugeborene sind auf andere Menschen angewiesen. Um ihr Überleben zu sichern, ist es notwendig, dass sich eine Person ihrer annimmt beispielsweise durch Zuwendung, Pflege und Ernährung.

Um dies zu realisieren, existieren einige Merkmale und Verhaltensweisen, mit denen das Neugeborene Personen in seine Nähe führt, damit diese auf seine Bedürfnisse eingehen können. Eltern oder andere Pflegepersonen werden zum Beispiel durch den „zarten Körperbau ebenso wie von der offenkundigen Hilflosigkeit“ (Mietzel 1995:

⁷ Eine Kohorte bezeichnet „eine Teilpopulation der Bevölkerung, die durch ein gemeinsames Startereignis charakterisiert ist“ (Klein 2005: 26). Dieses Startereignis bezieht sich in diesem Fall auf die Geburt bzw. das Geburtsjahr.

110) eines Säuglings angezogen. Gerd Mietzel erwähnt in diesem Zusammenhang das sogenannte Kindchenschema, welches bei Säugetieren, d.h. ebenso den Menschen, Instinkte und Reaktionen auslöst. Gemeint sind damit charakteristische Wesenszüge, wie z.B. ein hochstirniger Kopf mit großen Augen und ausgeprägten Wangen. Dieses Aussehen bei Neugeborenen und Kindern löst bei Erwachsenen „Zuwendungsverhalten aus, d.h. dass einem solchen Wesen Liebe, Schutz und Hilfe entgegengebracht wird“ (ebd. 1995: 111). Eine andere Möglichkeit, um auf sich aufmerksam zu machen, ist das angeborene Lächeln, welches auch als soziales Lächeln bezeichnet wird.

Dieser soziale Anreiz ist auf menschliche Gesichter bezogen und ist sehr bedeutungsvoll für den Aufbau von Beziehungen zwischen dem Säugling und den Eltern. Den Bezugspersonen wird auf diese Weise signalisiert, dass das Neugeborene mit ihnen in Berührung kommen will (Wilkening u.a. 2008: 64). Das soziale Lächeln ist zum ersten Mal etwa vier Wochen nach der Geburt zu beobachten. Eine andere Art und Weise um seine Bedürfnisse auszudrücken, ist das Weinen. Damit soll die Fürsorglichkeit von Eltern angesprochen werden, um sich dem Anliegen des Kindes zuzuwenden. Kinder können unterschiedlich weinen bzw. schreien, „wenn sie hungrig, durstig oder einfach nur erregt sind“ (Mietzel 1995: 111). Da der Säugling noch keine sprachlichen Fertigkeiten besitzt, ist er somit durch Weinen und Lächeln als Stimulus angewiesen, um sich die „Aufmerksamkeit seiner Eltern“ (Rossmann 1999: 68) zu sichern. Bezüglich der Bindung zu Bezugspersonen lässt sich konstatieren, dass Kinder etwa ab dem vierten Lebensmonat beginnen, eine emotionale Bindung zu Personen aufzubauen. Vorher können sie kaum zwischen fremden Menschen und den eigenen Eltern unterscheiden (Mietzel 1995: 119). Andere Autoren sind hingegen der Ansicht, dass Neugeborene schon nach kurzer Zeit die mütterliche Stimme von anderen unterscheiden können (Wicki 2010: 25). Bedeutsam für die Entwicklung von Kindern ist eine vertrauensvolle Umgebung.

Dazu gehört ebenso eine „gewisse Regelmäßigkeit“ (Schneider 2012: 178). Gemeint sind damit u.a. konstante Schlaf- und Wachzeiten, sowie eine einheitliche Gewöhnung an Essenszeiten, um das Kind an einen kontinuierlichen Alltag zu gewöhnen.

Auswirkungen psychischer Erkrankungen eines oder beider Elternteile auf Säuglinge

An dieser Stelle wird kurz dargestellt, wie sich eine psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile auf die Entwicklung und Beziehung des Säuglings auswirken kann. Bedenkt man, dass Neugeborene von Beginn an auf Pflegepersonen angewiesen sind und durch verschiedene Signale in einen sozialen Austausch mit ihren Eltern treten wollen, ist eine Nichterfüllung dieser Bedürfnisse und Aufmerksamkeit durch z.B. Antriebslosigkeit oder verzögerte Wahrnehmung infolge einer psychischen Erkrankung mit schädlichen Folgen für das Kind verbunden. Von den Eltern wird im Normalfall ein sensibles und zärtliches Reagieren auf Hinweise des Säuglings, wie Blickkontakt oder Weinen, erwartet. Dieses Ansprechen auf Signale des Kindes ist wichtig um eine emotionale Beziehung herstellen und auf Bedürfnisse wie Hunger angemessen reagieren zu können. Säuglinge haben ein anderes Zeitverständnis als Erwachsene. Reagiert ein Elternteil „sehr oft überhaupt nicht, nur verspätet oder unpassend, so macht sich dies auch im Verhalten des Kindes bemerkbar“ (Schneider 2012: 177). Kinder erwarten eine zeitnahe Befriedigung ihrer Signale. Bekommen sie keine oder unzureichende Reaktionen, ist es möglich, dass sie sich zurückziehen. Dies kann beispielsweise im Ausweichen des Blickkontakts oder vermeidendem Austausch von Kontakten oder Berührungen deutlich werden. Beginnend ab dem dritten Monat können Kinder unterschiedliche Ausdrücke in den Gesichtern, verschiedene Blicke und Stimmen unterscheiden. Durch spiegelnde Gesichtsausdrücke der Erwachsenen, welche die verschiedenen Emotionen des Kindes wiedergeben, „lernt es den eigenen Gefühlsausdruck wahrzunehmen“ (ebd. 2012: 177). Eine angemessene und verlässliche Reaktion auf die Bedürfnisse des Kindes sowie eine einfühlsame Beziehung sind von großer Bedeutung für die soziale und emotionale Entwicklung von Säuglingen. Das Gefühl von Vertrauen und Sicherheit ist Voraussetzung für beispielsweise den Aufbau von Beziehungen oder einem gesunden Selbstbild.

Zur Sicherheit gehört mit unter das Gefühl von Regelmäßigkeit, Verlässlichkeit oder Dauerhaftigkeit. Ist das Kind unregelmäßigen Schlafens- oder Esszeiten ausgesetzt bzw. findet es durch die familiären Umstände keine Ruhe, können sich Schlafstörungen entwickeln.

4.2 Kleinkindalter

Das Kleinkindalter, welches laut Definition (siehe Kapitel 3) die Altersspanne vom ersten bis zum fünften Lebensjahr umfasst, ist gekennzeichnet durch weitere wichtige emotionale und soziale Entwicklungsschritte. Kinder erleben in diesem Alter eine stetig zunehmende Wahrnehmung ihrer Umwelt und der eigenen Person. Dazu gehören ebenso das Zustandekommen neuer Denkmuster und Verhaltensweisen sowie der Erwerb der Sprache (Schneider 2012: 179). Typisch zu Beginn des Kleinkindalters ist das sogenannte Fremdeln der Kinder. Das Einsetzen dieser Phase wird von den Autoren unterschiedlich angegeben. So beginnen Kinder in manchen Ausführungen bereits mit neun Monaten zu fremdeln (ebd. 2012: 180) und andere Autoren beziehen das Auftreten derartigen Verhaltens auf etwa 14 bis 18 Monate nach der Geburt (Wilkening 2008: 64). Gemeinsam ist beiden jedoch das Erleben der Trennungsangst. Wie bereits in Kapitel 2.2 bezüglich der Bindungstheorie nach John Bowlby erwähnt wurde, reagieren Kinder bei einer Trennung von ihrer Bezugsperson mit weinen, schreien und Gefühlen wie Angst, Wut oder Verzweiflung. Fühlen sich Kinder unsicher, bleiben sie eher in der Nähe ihrer Bezugspersonen und vermeiden es beispielsweise die Umgebung zu erkunden.

Hinsichtlich der Ausdrücke von Gefühlen ist es Kleinkindern ab dem Alter von einem Jahr im Vergleich zu Säuglingen eher möglich, ihre Gefühle „spezifischer und zielgerichteter und dadurch für die Bezugsperson eindeutiger“ (Wicki 2010: 40) zu signalisieren. Das Kleinkind kann sich nicht nur besser ausdrücken, es nimmt auch die Emotionen seiner Bezugspersonen differenzierter wahr. Ab dem Alter von neun Monaten reagieren Kinder systematisch auf Emotionen von Bezugspersonen, indem sie darauf ihr Verhalten ausrichten, d.h. je nach positivem oder negativem Gefühlsausdruck nähert sich das Kind der Person an oder vermeidet den Kontakt. Außerdem lernen Kinder ihr Verhalten und ihre Gefühle willentlich zu steuern um ihre Bezugspersonen zu beeinflussen.

Eine weitere erworbene Kompetenz ist das empathische Empfinden, was ab einem Alter von anderthalb Jahren einsetzen kann (ebd. 2010: 40). Kinder sind somit schon früh in der Lage, wenn noch eingeschränkt, die Perspektive des Anderen zu übernehmen und Gefühle oder Stimmungen zu deuten. Nicht selten versuchen sie diejenige Person zu trösten bzw. zeigen sie Mitleid der Person gegenüber. Zu Beginn des dritten

Lebensjahres ist außerdem bei den meisten Kindern schon deutlich prosoziales Verhalten zu beobachten. Beispielsweise versuchen sie anderen zu helfen oder teilen mit Gleichaltrigen ihre Spielsachen. In den ersten zwei Lebensjahren entwickelt sich das Selbstbild des Kindes, welches durch verschiedene Erfahrungen und Erlebnisse beeinflusst wird (Rossmann 1999: 102). Ein Vergleich mit Gleichaltrigen findet noch nicht statt. Ab dem Alter von etwa drei Jahren kann es zu einer Trotzphase des Kindes kommen, indem z.B. das eigene Selbstbild oder die Grenzen im Handeln der Bezugsperson ausgetestet werden. Ebenfalls ab dem Alter von drei Jahren gelingt es dem Kind sich selbst zu beruhigen, d.h. seine eigenen Emotionen an eine Situation gerecht anzupassen. Dies erfolgt vor allem durch Beobachtung und Nachahmung in der Familie (Wicki 2010: 80). Zuletzt ist zu erwähnen, dass sich bei Kleinkindern ein einsetzendes Zeitverständnis aufzeigen lässt.

Auswirkungen psychischer Erkrankungen eines oder beider Elternteile auf Kleinkinder

Kinder in der Altersgruppe der ein- bis fünf-Jährigen erleben ihre Umwelt immer deutlicher und entwickeln vermehrt Denk- und Verhaltensweisen.

Eine psychische Erkrankung eines Elternteils kann sich stark auf verschiedene Entwicklungsbereiche des Kleinkindes auswirken. Kommt es auf Grund einer psychischen Erkrankung eines Elternteils zu mangelndem oder fehlendem sozialen Kontakt zu dem Kind bzw. geht der Elternteil nicht genügend auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes ein oder behütet es umgekehrt eventuell zu sehr, kann dies dazu führen, dass sich das Kind unsicher fühlt, ängstlich ist und seine Verhaltensweisen, dem seines Elternteils anpasst. Fühlt sich ein Kind sicher erkundet es eher fremde Umgebungen. Dieses Erkundungsverhalten wird jedoch eingeschränkt, wenn sich Kinder unsicher fühlen, beispielsweise wenn ein Elternteil auf Grund eines Klinikaufenthaltes abwesend ist. Kinder im Kleinkindalter sind in der Lage die Emotionen in den Gesichtern der Bezugspersonen zu deuten und sich dementsprechend zu verhalten. Bei Elternteilen mit Persönlichkeits- oder Wahrnehmungsstörungen können sich die Stimmung oder die Emotionen in kurzer Zeit ändern. Da dies ein Kind nicht verstehen kann, reagiert es verwirrt und unsicher hinsichtlich der

unterschiedlichen Gefühlsreaktionen. Möglicherweise weiß es nicht, wie es sich verhalten soll und zieht sich zurück.

Im Abschnitt 3.2 wurde an Hand der Ausführungen von Werner Wicki aufgezeigt, dass Kinder empathische und prosoziale Kompetenzen ausprägen. Die Gefahr kann an dieser Stelle in einer Rollenumkehr bestehen, indem das Kind die Rolle des Erwachsenen übernimmt und den Elternteil beispielsweise in einer depressiven Episode tröstet und für deren Aufmunterung sorgen will. Dazu wurde bereits im Kapitel 1.1 das Phänomen der Parentifizierung ausführlicher dargestellt.

Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann mitunter auch Einfluss auf das Selbstbild nehmen, welches im Kleinkindalter entwickelt wird. So kann z.B. durch fehlenden Zuspruch und Liebe und einem eigenen negativen Selbstkonzept seitens der Eltern das Selbstbild des Kindes negativ beeinflusst werden. Erfährt ein Kind seitens der Eltern Ablehnung und Aggressionen wird es sich wahrscheinlich zurück ziehen, was den Kontakt zu anderen erschweren kann, z.B. aus Angst vor erneuter Ablehnung. Ebenso kann ein Kind bei fehlender Beachtung und mangelndem Zuspruch seiner z.B. guten Schulnoten den Ansporn verlieren weiterhin gut sein zu wollen, um nur einige Folgen exemplarisch zu benennen.

4.3 Kinder im Schulalter

Das Alter von Schulkindern wird in diesem Abschnitt in dem Rahmen vom sechsten bis zum zwölften Lebensjahr angegeben und betrachtet.

Grundlegend ist in diesem Altersbereich der verstärkte Kontakt und zeitliche Umgang mit Gleichaltrigen, sowie einer weiteren Ausbildung des Selbstwertes bzw. -bildes.

Schulkinder beginnen Emotionen für die Beschreibung der eigenen Gefühlswelt zu verwenden, während bis dahin Gefühle auf die nahe Umwelt angewandt worden (Schneider 2012: 232). Die Eigenschaften, welche sie sich und den Personen in ihrem nahen Umfeld zuschreiben, werden differenzierter und umfassender. Dabei erfahren Kinder, dass eine Person mehrere Eigenschaften haben kann, welche sich eventuell auch widersprechen können (Rossmann 1999:121). Ab dem Alter von sechs Jahren lernen Kinder, dass Emotionen im Gesichtsausdruck vorgetäuscht werden können und nicht ernst gemeint oder der Situation nicht angemessen sind. Durch diese Erfahrung sind Kinder in der Lage dies zu spiegeln, d.h. ihre eigenen Gefühle ebenfalls zu verbergen.

Dies kann sich darin äußern, dass sie ihre eigentliche Wut, Trauer oder andere Gefühle nicht sichtbar ausdrücken (Rossmann 1999: 120f.). Das Selbstbild wird im Grundschulalter zunehmend komplexer und realitätsnaher. Kinder dieses Alters vergleichen sich vermehrt mit Gleichaltrigen hinsichtlich der Äußerlichkeiten, Leistungen oder Talente. Lob und Anerkennung haben nach wie vor auch in dieser Altersgruppe eine große Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes. Beispielsweise kann ein Kind, welches seine schulischen und außerschulischen Leistungen und Fähigkeiten als schlecht oder mangelhaft einschätzt, durch genügend positive Unterstützung und Anerkennung ein positives Selbstbewusstsein ausbilden. Wichtig ist dabei, dass das soziale Umfeld es so akzeptiert und wertschätzt, wie es ist (Schneider 2012: 227). Nicht allen Kindern fällt es gleich leicht oder schwer neue Kontakte oder Freundschaften mit Gleichaltrigen zu knüpfen. Kinder, deren soziale Kompetenzen höher einzuschätzen sind, fällt es leichter auf andere zuzugehen bzw. können sie das Verhalten und Äußerungen anderer besser deuten (ebd. 2012: 228). Die Hinwendung zu bzw. das Zusammensein mit Gleichaltrigen ist förderlich im sozialen Austausch und im Erlernen von sozialen Beziehungen. Dies ist auch bedeutsam für die weitere soziale Entfaltung des Kindes (Wicki 2010: 92). Es ist zu beobachten, dass im Schulalter Kontakte zum gleichen Geschlecht präferiert werden, d.h. Jungen bevorzugen beim Spielen lieber Jungen. Es lässt sich konstatieren, dass Schulkinder die ähnlichen Verhaltensweisen zeigen, welche sie im Kleinkindalter schon ausübten, d.h. Kinder, die im Kleinkindalter prosoziales Verhalten gezeigt haben, weisen dieses auch meist noch im Schulalter auf (ebd. 2010: 85).

Auswirkungen psychischer Erkrankungen eines oder beider Elternteile auf Schulkinder

Psychische Störungen eines oder beider Elternteile können sich bezüglich des Selbstwertes des Kindes und dessen soziale Kompetenzen negativ auswirken.

Wie wichtig positiver Zuspruch, Lob und Wertschätzung für Schulkinder ist, wurde bereits benannt. Bleibt dies aus, ist ein mögliches Sinken des Selbstwertgefühls die Folge. Das Kind nimmt seine positiven Eigenschaften aufgrund mangelnder Kenntnis und Bestätigung durch andere weniger wahr und verliert das Vertrauen in sich (Schneider 2012: 226). Fehlendes Selbstvertrauen und Unsicherheit erschwert zudem

den Umgang mit Gleichaltrigen. Spürt das Kind seitens seiner Eltern Ablehnung oder fehlende Wertschätzung, zieht es sich möglicherweise zurück und hat Angst auch von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden. Hinzu kommt, dass Kinder, welche auf Grund der Erkrankung ihrer Eltern keine oder nur geringe soziale Kompetenzen ausbilden konnten, eher Unverständnis bei anderen Kindern erwecken, weil sie beispielsweise bestimmte Verhaltensweisen nicht verstehen oder Signale nicht deuten können (ebd. 2012: 228). So genannte abgelehnte Kinder d.h. Kinder mit denen Gleichaltrige weniger spielen wollen, sind überwiegend verschlossen, aggressiv und haben geringe soziale und kognitive Kompetenzen. Erlernen Kinder in ihrem familiären Umfeld nur gering derartige soziale Fähigkeiten, besteht die Gefahr einer Ablehnung im gleichaltrigen Umfeld. Ein anderer Bereich, in dem sich psychische Krankheiten der Eltern auf ihre Kinder auswirken können, ist der häusliche und familiäre Bereich. Nicht selten sind Kinder gezwungen Verantwortung im Haushalt, für Geschwister und auch für die Eltern (z.B. Medikamenteneinnahme) zu übernehmen. Diese Verantwortungsübernahme ist meist nicht altersgerecht und kann daher als Überforderung und Belastung für das Kind wahrgenommen werden. Unter dem Begriff Parentifizierung wurde dazu bereits zu Beginn der Arbeit ausführlicher referiert.

4.4 Jugendalter

Das Alter der Jugendlichen oder auch die sogenannte Adoleszenz bezieht sich auf die zwölf- bis zwanzig-Jährigen. Als Jugend kann auch „die Zeit zwischen der Pubertät und dem Ende des zweiten Lebensjahrzehnts“ (Schneider: 2012: 236) gesehen werden.

In dieser Altersspanne sind die Jugendlichen mit den verschiedensten Entwicklungsaufgaben⁸ konfrontiert. Dazu gehört das Bilden von Freundschaften und intimer (Partner-)Beziehungen, körperliche Veränderungen, das Ablösen von den Eltern (Wicki 2010: 109), das Absolvieren von Ausbildung oder Studium bzw. das Finden eines passenden Berufswunsches bis hin zur Gründung eines eigenen Haushaltes oder einer eigenen Familie (Schneider 2012: 236). Mit Beginn der Adoleszenz verändert sich

⁸ Unter Entwicklungsaufgabe ist eine Aufgabe zu verstehen, „die sich in einer bestimmten Lebensperiode des Individuums stellt“ (Rossmann 1999: 145). Die Bewältigung dieser Aufgaben führt zur Akzeptanz und Befriedigung des Individuums. Unvermögen bei der Bewältigung der Aufgaben führt zu Schwierigkeiten bei der Lösung weiterer Entwicklungsaufgaben und Ausschluss aus der Gesellschaft (ebd. 1999: 146).

die Beziehung zwischen dem Kind und seinen Eltern. Jugendliche streben in dieser Zeit nach Selbstständigkeit und Unabhängigkeit und verbringen ihre Zeit stärker mit Gleichaltrigen. Freunde erfüllen eine wichtige Funktion. Zum einen kann man mit ihnen seine Probleme und auch Freude teilen, zum anderen wirken sie in gewissen Situationen unterstützend oder bestätigend (Schneider 2012: 248, Rossmann 1999: 149).

Hinzu kommt, dass sichere soziale Beziehungen „eine sichere Ausgangsbasis für explorative Lernerfahrungen“ (Rossmann 1999: 150) bilden.

Jugendliche sehnen sich nach Autonomie, aber gleichzeitig wollen sie mit den Eltern verbunden sein und auf deren Bedürfnisse eingehen. Diese Ambivalenz führt nicht selten zu Konflikten zwischen dem Kind und seinen Eltern. Zudem sind die Jugendlichen weiterhin auf die finanzielle und emotionale Unterstützung angewiesen (Schneider 2012: 260f.). Eine andere Entwicklungsaufgabe besteht in der Bildung einer eigenen Identität⁹. Dies fällt den Jugendlichen leichter, wenn sie bisherige Entwicklungsaufgaben ebenfalls gut bewältigen konnten. Das Selbstkonzept wird außerdem vom sozialen Umfeld, d.h. Freunde und Familie mit beeinflusst. Möglicherweise bekommen Jugendliche von Gleichaltrigen positivere Einschätzungen und Antworten auf ihr eigenes Verhalten als von ihren Eltern. Dies führt dazu, dass sie lieber ihre Zeit mit Freunden verbringen, als in der familiären Umgebung. Die Selbstwahrnehmung ist im Vergleich zur früheren Altersgruppen negativer besetzt, d.h. die Jugendlichen beobachten sich kritischer und vergleichen sich mehr mit Gleichaltrigen.

Auswirkungen psychischer Erkrankungen eines oder beider Elternteile auf Jugendliche

Ein bedeutender Einschnitt im Jugendalter ist der Ablösungsprozess des Kindes von seinen Eltern. Gemeint ist damit das materielle und psychische Loslösen der familiären Beziehung, um autonom leben zu können. Da Kinder psychisch kranker Eltern mitunter meist große Verantwortung im Haushalt, sowie bei der Versorgung von Geschwistern oder auch des kranken Elternteils tragen, kann es ihnen schwerer fallen sich zu lösen, da

⁹ „Unter Identität versteht man die Definition einer Person als einmalig und unverwechselbar und zwar sowohl durch die Person selbst wie auch durch ihre soziale Umgebung“ (Rossmann 1999: 146, 147).

dies eventuell mit Schuldgefühlen verbunden sein kann. Diese Loyalitätskonflikte können den Weg in die Selbstständigkeit des Jugendlichen erschweren.

Auch spielt die Beziehung zwischen den Eltern und den Kindern eine wichtige Rolle bezüglich des weiteren Lebensweges. Haben Eltern ihre Kinder herzlich, entgegenkommend und wertschätzend behandelt, sie unterstützt bei z.B. der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und deren Selbstwert positiv beeinflusst, lieferten sie damit einen Beitrag zu einer gesunden psychischen Entwicklung (Wicki 2010: 118). Demgegenüber entwickeln Kinder eher das Risiko einer psychischen Erkrankung, wenn ihre Eltern ihnen wenig bis gar keine Wertschätzung und Zuneigung entgegen brachten und sie nicht unterstützten. Gerade bei ressourcenschwachen Familien ist eine soziale und emotionale Unterstützung besonders notwendig.

II Empirischer Teil

5 Qualitatives Interview

In diesem Abschnitt der vorliegenden Arbeit werden das empirische Vorgehen und die verwendete Methode zur Bearbeitung einer gezielten Fragestellung aufgezeigt. Dabei wird im Speziellen auf die Methodik des Experteninterviews eingegangen sowie anschließend die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Interviews expliziert. Das empirische Vorgehen, d.h. die Vorbereitung und Durchführung des Experteninterviews orientiert sich an den Ausarbeitungen von Aglaja Przyborski und Monika Wohlrab-Sahr (2008).

5.1 Methode

An dieser Stelle liegt der Fokus auf einer möglichen Form qualitativer Sozialforschung¹⁰, dem Experteninterview. Das Experteninterview bietet sich an, um den Status und die Funktion von so genannten Experten zu ergründen. Ein Experte verfügt über eine spezifische Art von Wissen und ihm wird darüberhinaus ein solches „Sonderwissen von anderen zugeschrieben“ (Przyborski 2008: 131). Als Interviewpartner ist ein Experte dahingehend interessant, da er Wissen über z.B. ein gewisses Gebiet, eine Organisation und deren Regeln, Abläufe und Beziehungen spezifischer Sachverhalte verfügt. Ein Expertengespräch in Form eines Interviews stellt einen möglichen Zugang zu diesem Expertenwissen dar. Der Experte selbst muss nicht im Fokus der Untersuchung stehen, sondern kann ebenso Informationen über bestimmte Sachverhalte oder Zielgruppen liefern (ebd. 2008: 133). Die Durchführung von Experteninterviews orientiert sich u.a. an den Regeln von Leitfadeninterviews, welche nachfolgend kurz erläutert werden. Leitfadeninterviews dienen zur Orientierung während eines Interviews. Sie werden oftmals bei deskriptiven, d.h. beschreibenden

¹⁰ Qualitative Forschung bezieht sich auf verbalisierte oder verschriftlichte Daten, welche sich auf soziale Gegebenheiten beziehen und auf ihre Bedeutung hin analysiert werden (Heinze 2001: 12).

Interviews eingesetzt und weisen den Interviewer auf bestimmte Fragestellungen hin, an jene er sich halten kann. Generell verläuft das Interview von allgemeinen Fragen und Erzählungen hin zu spezifischen Sachverhalten. Dabei sollte der Interviewte möglichst durch eine offene Eingangsfrage dazu gebracht werden, selbst zu entscheiden, wovon er berichten möchte, um dann durch Nachfragen auf weitere Informationen zu kommen (ebd. 2008: 140). Danach soll an das interessierte, bereits angesprochene Wissen angeknüpft werden, indem gezielte Nachfragen stattfinden. Der Leitfaden sollte vor dem Interview genau geprüft und gut vorbereitet werden. Sinnvoll ist es, die Fragen thematisch zu sortieren, um inhaltlich ähnliche Themen im Gespräch besser zusammenhängend besprechen zu können. Nachdem der Interviewte seine Darstellung beendet hat, kann der Interviewer mit offenen Fragen weitere Informationen erforschen. Bestenfalls erzählt der Interviewte von selbst die gewollten Informationen ohne direkt gefragt zu werden. Ein Leitfaden dient der Orientierung, sollte jedoch nicht strikt eingehalten werden, wenn es den Gesprächsfluss stört. Vielmehr sollte der Interviewte flexibel damit umgehen und alle wichtigen Sachverhalte ansprechen (ebd. 2008: 142 f.).

5.2 Vorgehen

Dieses Kapitel setzt sich mit der Auswahl des Interviewpartners, sowie dem Ablauf und der Durchführung des Interviews auseinander, welches im Rahmen der Arbeit getätigt wurde.

A) Vorbereitung

Auswahl des Interviewpartners

Durch meine ehrenamtliche Tätigkeit bei der Evangelischen Lebensberatungsstelle, die zur Diakonie Leipzig gehört, hatte ich die Möglichkeit bei verschiedenen Vorträgen und Arbeitsgemeinschaften anwesend zu sein. Unter anderem nahm ich am Arbeitskreis der Schwangerenberatung teil, bei welchem Diplom-Psychologin Doreen Leib einen Vortrag zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern hielt. Dabei stellte sie unter anderem die Beratungsstelle Auryn vor, bei der sie tätig ist. Auryn ist eine Kinder-

Jugend- und Familienberatungsstelle für Kinder und Familien in seelischen Krisen, auf welche ich im 6. Kapitel näher eingehe.

In einem persönlichen Gespräch machte mich Frau Leib auf eine Weiterbildung zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern aufmerksam, an welcher ich am 18.10.2012 in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle teilnahm. Diese Weiterbildung wurde von der Leiterin der Beratungsstelle Auryn durchgeführt. Nach deren Ausführungen fragte ich sie, ob eine Zusammenarbeit hinsichtlich meiner Masterarbeit möglich wäre. Frau Kündiger zeigte sich sehr kooperativ und interessiert, so dass wir über einen nach der Fortbildung stattfindenden E-Mailkontakt ein Experteninterview für den 17.04.2013 vereinbarten.

Erstellung eines Leitfadens

Zur Unterstützung der Interviewführung habe ich im Vorfeld einen Leitfaden konzipiert. Dieser Leitfaden setzte sich aus mehreren Fragen zu jeweiligen Themengebieten zusammen um den Forschungsgegenstand zu ergründen.

Die Forschungsfrage bezog sich insbesondere auf Frage, ob die Stadt Leipzig über ausreichenden Unterstützungsbedarf für Kinder psychisch kranker Eltern verfügt bzw. an welchen Stellen noch Bedarf besteht.

Um diesen Gegenstand zu untersuchen, verfasste ich drei Hauptthemengebiete, welche aus mehreren Fragen bestanden:

1. Die Arbeit der Beratungsstelle Auryn im Speziellen,
2. die Zusammenarbeit von Auryn mit anderen Institutionen wie Jugendamt oder Psychiatrien,
3. die aktuellen Unterstützungsmöglichkeiten und Kinder psychisch kranker Eltern in Leipzig, sowie der Bedarf und Möglichkeiten für weitere Hilfen.

Der Leitfaden sollte als zusätzliches Hilfsmittel im Interview eingesetzt werden. Angestrebt war ein möglichst unaufgefordertes Erzählen der Interviewten.

Beachtet werden sollte auch, dass nichts befragt werden sollte, worüber man sich in Broschüren, im Internet oder anderen vorhandenen Quellen informieren kann. Vielmehr geht es um Wissen, welches nicht offensichtlich ist (ebd. 2008: 135).

B) Durchführung des Interviews

Vorgespräch

Das Treffen mit Frau Kündiger fand in ihrem Büro in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle statt. Die Atmosphäre war sehr ruhig und angenehm.

Bevor das eigentliche Interview beginnen sollte, stellte ich meine Person und mein Anliegen Frau Kündiger vor. Dazu gehörte das Darstellen der Hochschule Roßwein, mein Interesse für die Thematik über Kinder psychisch kranker Eltern und den Umfang bzw. das Forschungsinteresse der Masterarbeit. Ich machte Frau Kündiger darauf aufmerksam, dass ich großes Interesse an ihrem spezifischen Expertenwissen als Leiterin der Beratungsstelle habe.

Nachfolgend prüfte ich das Einverständnis Frau Kündigers über die Aufnahme des Interviews mit einem Diktiergerät, sowie Verwendung der Transkription für Belege in der Arbeit. Im Vorfeld hatte ich Frau Kündiger per E-Mail angefragt, ob ich ein Aufnahmegerät verwenden durfte, mit welchem sie einverstanden war.

Da Frau Kündiger der Verwendung der Daten zustimmte und ich über die Beratungsstelle Auryn in meiner Arbeit schreiben darf, ist eine Anonymisierung nicht erforderlich.

Außerdem stellte ich vor Ort sicher, dass das Interview ohne Störgeräusche ablaufen konnte. Frau Kündiger schaltete z.B. ihr Telefon aus und meldete sich bei ihren Kolleginnen ab. Das Interview dauerte etwa eine Stunde, beginnend 14.00 Uhr nachmittags.

Durchführung des Interviews

Zu Beginn des Interviews gab ich Frau Kündiger die Gelegenheit, sich und ihre Arbeit bei der Beratungsstelle vorzustellen. Um eine möglichst selbstläufige Erzählung anzuregen, stellte ich der Interviewten nachstehende offene Frage:

„Ich würde mich freuen, wenn Sie sich und Ihre Arbeit einfach mal vorstellen könnten.“

Ziel war es, einen Einstieg in das Interview zu finden und erste Informationen über das Aufgabenfeld der Beratungsstelle und das Klientel zu sammeln.

Nachdem die Interviewte ihre Ausführung beendete, näherte ich mich dem ersten Themenkomplex, welcher sich mit der Arbeit der Beratungsstelle Auryn befasst. Da Auryn eine Anlaufstelle für Familien mit psychisch kranken Eltern ist, leitete ich den Themenbereich mit einer offenen Frage ein, die sich allgemein mit dem Thema befasst: „Wie kann man sich so einen Tag oder eine normale Woche bei Ihnen vorstellen?“.

Ebenso wurden die weiteren zwei Themenblöcke mit offenen Fragen eingeleitet, wodurch die Interviewte relativ frei berichten konnte.

Nachfragen

Jeder Themenblock wurde mit offenen Fragen eingeleitet. Mit Beendigung ihrer Darstellungen begann der Vorgang des immanenten Nachfragens. Dies bedeutet eine Detaillierung des bisher Gesagten, wenn die Sachverhalte ungenügend besprochen wurden, etwa durch Beispiele oder ergänzende Erzählungen. Ziel des Nachfragens ist es „möglichst viel Informationen [...] zu bekommen, ohne diese gezielt durch Einzelfragen erheben zu müssen“ (ebd. 2008: 136). Darüberhinaus kann man den Interviewten auffordern, bestimmte Sachverhalte spezifischer darzustellen.

Der dritte Themenblock des Interviews befasst sich mit den aktuellen Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern in Leipzig, sowie der Bedarf und Möglichkeiten für weitere Hilfen.

Nach der Erläuterung durch die Interviewte ist ein gezieltes Nachfragen in spezifischen Bereichen möglich, um weiteren Informationsgehalt zu gewinnen.

So eine Frage in dem Interview lautete z.B.:

„In welchen Berufsgruppen sehen Sie noch Weiter- und Fortbildungsbedarf zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern?“.

Es sollte während des gesamten Interviews darauf geachtet werden, dass das Gespräch nicht in ein Frage-Antwort-Muster verfällt, sondern frei und spontan erfolgt. Zuletzt ist es möglich den Interviewten um mögliche Prognosen oder Zusammenfassungen zu bitten. Eine solche Frage lautete in dem Interview beispielsweise:

„Was denken Sie, was in Leipzig noch wünschenswert wäre und was besser funktionieren könnte bzw. was noch fehlt?“. Dies gibt dem Interviewten die Gelegenheit seine Gedanken zusammenzufassen und eigene Überlegungen zur Thematik anzustellen.

Nachbereitung

Nach Beendigung des Interviews bedankte ich mich bei Frau Kündiger für ihre Bereitschaft ein Interview zu führen und erkundigte ich mich über eventuelle weitere Termine für mögliche offene Fragen, welche sich aus der Bearbeitung des Interviews ergeben könnten. Wir vereinbarten außerdem, Frau Kündiger die Ausarbeitung des Interviews zukommen zu lassen. Für die Nachbereitung des Interviews ist zusätzlich von Nutzen, relativ zeitnah ein Gedächtnisprotokoll anzufertigen, d.h. Auffälligkeiten oder Rahmenbedingungen, die dem Interviewer während des Gesprächs aufgefallen sind. Dazu gehören z.B. Merkmale der Atmosphäre, der Räumlichkeit, Dauer des Gesprächs, eigene Eindrücke, Gesprächsdynamik oder eventuelle Schwierigkeiten während des Interviews.

5.3 Transkription

Anschließend an das durchgeführte Interview, erfolgt als nächster Schritt die Transkription des Gesprächs. Unter Transkription wird die Verschriftlichung der Tonaufzeichnung verstanden. Dies ist ein unverzichtbares Vorgehen bei empirischen Arbeiten. Es handelt sich dabei nicht um ein bloßes Aufschreiben des Gesprochenen. Vielmehr wird auf das Wie geachtet, d.h. auf welche Weise der Interviewer etwas sagt. Dazu gehören auch nonverbale Ausdrücke wie Kopfnicken, Geschwindigkeit und Lautstärke des Gesagten oder Lachen (ebd. 2008: 160, 162). Mit der Verschriftlichung des Tondokuments und der nonverbalen Äußerungen soll ein Abbild des Gesprächs reproduziert werden, welches ausgewertet werden kann.

Für die Durchführung einer Transkription wurden verschiedene Transkriptionssysteme entwickelt, welche Regeln bei der Verschriftlichung vorgeben um u.a. die Qualität einer Transkription zu gewährleisten (ebd. 2008: 163).

Die Transkription der vorliegenden Arbeit orientiert sich an den Transkriptionsregeln, welche u.a. von Ralf Bohnsack mitentwickelt wurden.

Nachfolgende Tabelle zeigt eine Übersicht der verwendeten Symbole (Bohnsack 2007: 373):

┌	Beginn einer Überlappung bzw. direkter Anschluss beim Sprecherwechsel
└	Ende einer Überlappung
(.)	Pause bis zu einer Sekunde
(2)	Anzahl der Sekunden, die eine Pause dauert
<u>nein</u>	betont
nein	laut (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/ der Sprecherin)
°nee°	sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/ der Sprecherin)
.	stark sinkende Intonation
;	schwach sinkende Intonation
?	stark steigende Intonation
,	schwach steigende Intonation
viellei-	Abbruch eines Wortes
oh=nee	Wortverschleifung
nei::n	Dehnung, die Häufigkeit vom : entspricht der Länge der Dehnung
(doch)	Unsicherheit bei der Transkription, schwer verständliche Äußerungen
()	unverständliche Äußerungen, die Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der unverständlichen Äußerung
((stöhnt))	Kommentar bzw. Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder gesprächsexternen Ereignissen; die Länge der Klammer entspricht im Falle der Kommentierung parasprachlicher Äußerungen (z.B. Stöhnen) etwa der Dauer der Äußerung. In vereinfachten Versionen des Transkriptionssystems kann auch Lachen auf diese Weise symbolisiert werden. In komplexeren Versionen wird Lachen wie folgt symbolisiert:
@nein@	lachend gesprochen
@(.)@	kurzes Auflachen
@(3)@	3 Sek. Lachen

Für eine spätere Auswertung der Transkription und zum Auffinden von Textpassagen ist es angebracht, eine Zeilennummerierung anzuwenden. Das Zitieren von Aussagen wird dadurch erleichtert (ebd. 2007: 374). Der Einfachheit halber wird die Interviewerin in dem Transkript mit „I“ abgekürzt und die Interviewte d.h. Frau Kündiger, mit „K“. Wörtliche Reden, welche Frau Kündiger in ihren Erzählungen anbringt, sind mit Anführungsstrichen („“) gekennzeichnet.

6 Möglichkeiten der Sozialen Arbeit für die Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern am Beispiel der Beratungsstelle Auryn

In diesem Kapitel der vorliegenden Arbeit werden das Konzept und die Angebote der Beratungsstelle Auryn in Leipzig näher vorgestellt. Verdeutlicht werden soll ein breites Spektrum an Hilfsmöglichkeiten für Kinder und Familien psychisch Kranker sowie die Rolle der Sozialen Arbeit in diesem Bereich. Zur Darstellung bezieht sich die Autorin auf Quellen aus dem Internet, d.h. die Homepage des Vereins Wege e.V. und Auryn, sowie auf Material wie Broschüren und Flyer der Beratungsstelle. Bevor auf die einzelnen Unterstützungen eingegangen wird, soll die Beratungsstelle Auryn kurz vorgestellt werden. Ihren Sitz hat die Beratungsstelle in dem Stadtteil Lindenau, im Westen der Stadt Leipzig. Die Beratungsstelle gehört zum Trägerverein WEGE e.V., welcher an derselben Adresse seinen Standpunkt hat. Die Zielgruppe der Beratungsstelle Auryn ist auf Kinder und Familien in seelischen Krisen ausgerichtet. Es gibt vorgeschriebene Öffnungszeiten, jedoch sind Termine außerhalb jener möglich. Das Team von Auryn besteht derzeit aus drei PsychologInnen, worunter Frau Kündiger zusätzlich als Leiterin der Beratungsstelle tätig ist. Außerdem sind eine Sozialarbeiterin, eine Kunstpädagogin und eine Erziehungswissenschaftlerin beschäftigt bei Auryn (Wege e.V. 2013: g). Die Beratungsstelle wurde in dem Jahr 2002 gegründet und wird finanziert durch das Jugendamt der Stadt Leipzig (Wege e.V. 2012: 21). Auryn hat es sich zum Ziel erklärt, Kinder zu unterstützen, deren Familien auf Grund psychischer Probleme belastet und überfordert sind. Mit einer Erkrankung der Eltern kommt es zu Veränderungen im Familienleben, worunter vor allem Kinder leiden. Um einer Stigmatisierung und Isolierung der Kinder und ihrer Familien vorzubeugen, bietet Auryn eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten an, welche nachfolgend aufgezeigt werden (ebd. 2012: 1).

6.1 Information und Aufklärung

Das Familienleben mit psychisch kranken Eltern verläuft oftmals in einer anderen Dynamik und Struktur. In vielen Familien fühlen sich die Kinder für die Erkrankung der Eltern mitschuldig oder verantwortlich und versuchen schon früh in der Familie mitzuwirken, indem sie nicht Kind gerechte Verantwortung und Aufgaben übernehmen.

Hinzu kommen Gefühle der Scham und des Ausgegrenzt- bzw. Alleinseins gegenüber Außenstehenden. Um Kindern diese Last zu nehmen, ist eine Aufgabe der Beratungsstelle Aurn, die Kinder altersgerecht über die Situation und die Erkrankung der Eltern zu informieren und aufzuklären. Dazu gehört, dass die Kinder verstehen sollen, weshalb die erkrankten Eltern sich in gewisser Weise verhalten. Hinzu kommt, dass Kinder in ihrer Rolle bestärkt werden, d.h. ihre Gefühle, Ängste und Gedanken frei äußern können, um ihnen Schuldgedanken oder Verantwortung zu nehmen (Wege e.V. 2013 a). Der Vorgang der Informationsvermittlung und Aufklärung kann auch als Psychoedukation bezeichnet werden. Diese Begrifflichkeit bezieht sich auf das Erklären der Gefühls- und Gedankenwelt der Kinder. Dabei wird das Wissen nicht nur als schlichtes Weitergeben von Informationen betrachtet, sondern bezieht sich überwiegend auf die emotionale Ebene der Kinder. Statt einer sachlichen Vermittlung über Krankheiten u.a. Themen, stehen die Bedürfnisse, Befindlichkeiten und Fragen der Kinder im Vordergrund (Lenz 2008: 143f.). In der Beratungsstelle erhalten Kinder die Möglichkeiten sich an Ansprechpartner zu wenden, welche sie vielleicht in ihrem Umfeld zuvor nicht gefunden oder anzusprechen getraut haben. Die Gespräche mit den Kindern benötigen eine vertrauensvolle Atmosphäre, denn nicht selten haben die Kinder Angst oder Sorgen schlecht über ihre Eltern zu reden. Die altersgerechte Krankheitsaufklärung ist dahingehend von Bedeutung, dass Kinder erfahren, dass Verhaltensweisen und Belastungssituationen in der Familie nichts mit ihnen zu tun haben, sondern durch die Erkrankung verursacht werden. Ihnen werden Strategien vermittelt, wie sie sich gegenüber ihren Eltern verhalten können. Informationen und Aufklärung liefern einen wichtigen Beitrag um die Unsicherheiten, Ängste und Schuld- bzw. Verantwortungsgefühle der Kinder zu nehmen und ihnen aufzuzeigen, dass sie Kind sein d.h. spielen und lachen dürfen, auch wenn es den Eltern nicht gut geht. Viele Kinder und Jugendliche beschäftigen sich mit der Frage ob die Erkrankung vererbbar ist. Dieses Wissen beruhigt die Kinder und liefert einen besseren Umgang mit dem Krankheitsbild der Eltern. Zuletzt wird den Kindern vermittelt, mit ihren eigenen Gefühlen zu Recht zu kommen, d.h. Gefühle der Wut, Trauer, Verzweiflung u.a. zu verstehen und damit umzugehen (Wege e.V. 2012: 7). Zur kindgerechten Aufklärung über die Situation in der Familie existieren eine Vielzahl von Kinderbüchern, die mit Geschichten und Bildern die Krankheit, das Verhalten der Eltern und das Familienleben in einer Krise darstellen und leicht verständlich machen (vgl. z.B. Schirin 2009). Es

sollte darauf geachtet und speziell darauf eingegangen werden, dass Kinder und Jugendliche in verschiedenen Altersgruppen ebenso verschiedene Vorstellungen und Fragen zu der Krankheit und der Situation in der Familie besitzen. Kinder bis zu zwei Jahren bemerken eher die Stimmung in der Familie. Sie verstehen weniger die Aussagen. Es ist dennoch wichtig frühzeitig und in einfachen verständlichen Worten den Kleinkindern zu erklären, was mit den Eltern los ist. Schon bei Kleinkindern sind Schuldgefühle für die Erkrankung der Eltern festzustellen. Diese können sie jedoch noch nicht, wie ältere Kinder, verbalisieren. Es ist daher von Bedeutung ihnen auf einer ruhigen und emotionalen Stufe zu verdeutlichen, dass ihre Eltern krank sind, dies jedoch nichts mit ihnen zu tun hat (Lenz 2010: 194). In der Altersspanne von drei bis sechs Jahren verfügen Kinder über ein diffuses Verständnis der Geschehnisse in der Familie. Das Nichtwissen um die Erkrankung und Situation untermalen sie mit eigenen Vorstellungen und Fantasien, welche oft nicht mit der Realität übereinstimmen (ebd.2010: 195). Um ihre Kinder zu schonen verschweigen die Eltern nicht selten ihre Erkrankung. Das daraus resultierende Unwissen verunsichert und ängstigt die Kinder oftmals mehr als die Wirklichkeit. Klare Informationen über die Erkrankung, die Hilfe durch Ärzte und die Situation Zuhause nehmen den Kindern ihre vagen Ideen. Die Wissensvermittlung sollte an dem Kenntnisstand der Kinder ansetzen, um herauszufinden was für Vorstellungen oder Empfindungen die Kinder bereits verinnerlicht haben. Auch in dieser Altersgruppe ist das kindgerechte Aufklären mit Kinderbüchern oder Puppen angebracht. Ab einem Alter von sieben bis etwa zwölf Jahren sind Kinder vermehrt in der Lage zu erkennen, dass das Verhalten der Eltern anders ist, als sie es beispielsweise von anderen Erwachsenen kennen. Sie sind oftmals einer spannungsreichen Atmosphäre ausgesetzt, in der sie das Verhalten der Eltern erheblich mit erleben. Die Reaktion darauf ist vielfältig. Manche Kinder ziehen sich trotzig oder verletzt zurück, andere werden aggressiv. In den meisten Fällen machen sich die Kinder jedoch Sorgen und wissen auf Grund der Tabuisierung der Erkrankung nicht mit wem sie über ihre Ängste, Unsicherheiten und Probleme reden können (ebd. 2010: 198). Sie sehen die Ursache der Erkrankung und das Verhalten der Eltern als ihre Schuld und fühlen sich damit überfordert. Umso wichtiger ist es den Kindern zu vermitteln, dass sie nichts für die Erkrankung können und dass die erdachten Fantasien auf Grund mangelnder Informationen nicht richtig sind. Auch an dieser Stelle ist es bedeutend auf die Fragen der Kinder und Jugendlichen einzugehen und sie auf ihrem

Wissensstand aufbauend weiter zu informieren. Die Altersgruppe der dreizehn bis achtzehn-Jährigen befasst sich mit ganz anderen Entwicklungen, Problemen und Fragestellungen. In dieser Altersspanne setzen sich die Jugendlichen einerseits mit der Ablösung von den Eltern und dem Streben nach Eigenständigkeit auseinander. Zum anderen sind sie nach wie vor Kinder und von ihren Eltern emotional und wirtschaftlich abhängig. Durch die fortgeschrittene kognitive Entwicklung werden die Jugendlichen oftmals wie Erwachsene behandelt und damit überfordert. Sie übernehmen z.B. Aufgaben wie die Pflege der kranken Eltern, Kontrolle der Medikamenteneinnahme, Versorgung der Geschwister oder Führung des Haushaltes, was ihre Verantwortung jedoch übersteigt. Neben der Sorge um die Eltern und Erledigung solcher Pflichten sehnen sich die Jugendlichen gleichzeitig nach Kontakt zu anderen Jugendlichen, fühlen sich aber für ihre Familie verantwortlich (ebd. 2010: 200f.). Sozialarbeiter oder andere Berufsgruppen sollten an dieser Stelle anknüpfen und den Jugendlichen Informationen über die Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten liefern. Oftmals besitzen Jugendliche bereits unvollständige Informationen, welche zu ergänzen sind. Wichtig ist auch in dieser Altersgruppe den Jugendlichen aufzuzeigen, dass sie nicht die Schuld oder Verantwortung für die Erkrankung der Eltern zu tragen haben. Für Kinder und Jugendliche, welche sich auf Grund eigener Hemmschwellen nicht in eine Beratungsstelle trauen, sollten über andere Wege die Möglichkeit haben, sich über das Krankheitsbild ihrer Eltern und die damit verbundenen Auswirkungen für das Familienleben informieren zu können. Eine Alternative wären z.B. Internetforen, welche anonym und zeitlich unbegrenzt nutzbar sind (Reinisch 2011: 69).

6.2 Prävention

Um Beeinträchtigungen im Familienleben und Belastungen innerhalb einer Familie durch eine psychische Erkrankung vorzubeugen, ist Prävention als eine Art der Unterstützung von großer Bedeutung. Je früher die Kinder und Familien unterstützt werden können, desto wahrscheinlicher ist eine Abwendung einer manifesten Krankheitsform und damit verbundener Auswirkungen. Fehlen prophylaktische Maßnahmen, kann es zu verzögertem Leiden und Rückzug der Familienmitglieder kommen, was auf Grund fehlender Hilfoptionen erfolgen kann (Lenz 2010: 17). Präventive Arbeit zielt vor allem auf eine Enttabuisierung psychischer Krankheiten,

Psychoedukation, Stärkung des Selbstwertgefühls und der Gefühls- bzw. Denkmuster ab (Lenz/ Jungbauer 2008: 67f.). Zusätzlich liegt der Fokus auf „der Stärkung der familiären Ressourcen“ (Lenz 2010: 17), da die Familie als primäre Instanz dem Kind Schutz und Nähe bietet. Vorbeugende Handlungen und Konzepte dienen außerdem dazu, Kindern frühzeitig Verhaltensweisen aufzuzeigen, mit Hilfe derer sie sich selbst stärken und besser mit der Situation in der Familie umgehen können.

Je nach Auftreten und Erscheinen von Symptomen und Krankheitsbildern lassen sich drei Arten von Präventionen unterscheiden. Die primäre Prävention zielt darauf ab, noch vor der Entwicklung einer Störung einzugreifen. Durch unterstützende Förderungsmaßnahmen soll die psychische und physische Verfassung von Kindern im Zentrum stehen, d.h. positive Ressourcen werden unterstützt, um eventuelle Risikofaktoren abzuwehren. Bei der sekundären Prävention wird versucht, Symptome möglichst früh zu erkennen, um diesen entgegenzuwirken und weitere Störungen zu verhindern. Eingetretene Symptome sollen frühzeitig behandelt werden, um weitere Auswirkungen abzuwenden. Bei bereits aufgetretenen Störungen beginnt die tertiäre Prävention, um längerfristig auftretende Schäden zu verhindern. Zur tertiären Prävention gehört außerdem die Rückfallprophylaxe und die Zurückführung in den Alltag, das soziale Umfeld oder die Arbeitstätigkeit. Je nach Alter und Persönlichkeit der psychisch Erkrankten und deren Kindern gibt es verschiedene Angebote und Maßnahmen. Eine frühzeitige Präventionsform ist beispielsweise die Arbeit mit psychisch kranken, schwangeren Frauen, um möglichst früh neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Frau, eventuelle Auswirkungen auf das Kind zu verhindern (vgl. dazu: Reinisch 2011: 64).

Prävention kann z.B. in Form von Informationsvermittlung, Hilfen zur Erziehung oder Gruppenangeboten erfolgen. Letztes bietet die Beratungsstelle Auryn in vielfältiger Form an und wird nachstehend näher erläutert.

6.3 Gruppenangebote

Eine weitere Form der Unterstützung und Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern ist die Möglichkeit an Gruppen teilzunehmen, welche auf bestimmte Inhalte, Ziele und Bedürfnisse angepasst sind. Die Beratungsstelle Auryn bietet eine Vielzahl derartiger Angebote an, welche folgend kurz angesprochen werden.

Zu unterscheiden sind dabei die Zielgruppen, welche auf diese Weise angesprochen werden, d.h. es gibt speziell Angebote für Kinder und Jugendliche bis zu einer gewissen Altersgrenze, Gruppen für die ganze Familie oder nur für die Eltern.

Ziel derartiger Angebote ist es, für Kinder und Jugendliche „einen geschützten, vertrauensvollen und harmonischen Rahmen“ (Wege e.V. 2012: 12) zu bieten, indem sie frei von Gefühlen der Scham oder Sorge in Kontakt mit Gleichaltrigen treten können. Im Umgang mit anderen Kindern lernen sie, dass andere ähnliche Erfahrungen in ihrer Familie erleben und können im Austausch darüber Verbundenheit und Zusammengehörigkeit erfahren. Ein weiterer Zweck der Kindergruppen ist die Förderung des Selbstwertgefühls und Bewältigung von Belastungs- oder Stresssituationen. Die meisten Gruppenangebote von Auryn sind für Kinder bis zum Alter von zwölf Jahren ausgerichtet. Neben einer Hausaufgabenhilfe und Malkursen bietet Auryn ein soziales Kompetenztraining für Kinder an, bei welchem sie ihre individuellen Stärken erkennen und Selbstvertrauen entwickeln können (Wege e.V. 2013d). Überdies erlernen sie Strategien, wie sie z.B. mit Problemen in der Familie und der psychischen Erkrankung der Eltern umgehen können. Innerhalb der Gruppe bekommen sie außerdem die Möglichkeit ihren sozialen Umgang und Kommunikation mit Gleichaltrigen zu erweitern.

Neben den Kindergruppen erhalten auch Eltern mit Kleinkindern im Alter von zwei bis sechs Jahren die Gelegenheit eines Gruppenangebotes. Bei dem Angebot FLOTT (**F**litzen, **L**achen, **O**ffen für Alle, **T**anzen und **T**oben) können Eltern mit ihren Kindern in einer Turnhalle spielen, sich bewegen und in ruhiger, unbekümmerten Atmosphäre Zeit verbringen (ebd. 2013e). Begleitet werden sie dabei von einer Mitarbeiterin der Beratungsstelle. Während die Kinder spielen und Spaß haben, können die Eltern mit anderen in einen Austausch kommen. Zusätzlich bietet Auryn sogenannte Familientage an, bei denen sich zu einem bestimmten Thema wie Fasching, Kochen oder Basteln die ganze Familie beteiligen kann.

Ein weiteres Angebot der Beratungsstelle besteht aus Kursen für die Eltern. In diesen können sie ihre sozialen, emotionalen und individuellen Kompetenzen trainieren, eigene Stärken herausfinden, Strategien für ihr Verhalten und den Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung erfahren. Darüber hinaus werden sie befähigt in ihrem Alltag und der Erziehung besser zu Recht zu kommen. Innerhalb der Gruppen können sie sich außerdem mit anderen Eltern austauschen (ebd. 2013f). Speziell für junge Eltern mit

Kleinkindern bis zu drei Jahren wurde ein Konzept entwickelt, welche auf die seelische Erkrankung und die Bewältigung dieser im Alltag ausgerichtet ist. Diese Gruppe „Neues Leben“ liefert den jungen Eltern Informationen, Erfahrungsaustausch, Handlungsstrategien über die eigene Erkrankung und den Umgang mit den eigenen Kindern (ebd. 2013f). Diese frühen Hilfen bieten z.B. bei postnatalen Depressionen schnelle Unterstützung, um Beeinträchtigungen in der Entwicklung des Kindes abwenden zu können und die Eltern zu stärken.

Weitere Angebote der Beratungsstelle Aurn für Eltern sind das Elterncafé, welches v.a. Alleinerziehende anspricht oder Entspannungs- und Malkurse, in denen sich die Eltern entspannen und ihren Gefühlen Raum geben können.

Die Gruppenangebote dienen als Hilfen, um den Kindern und Erwachsenen eine Möglichkeit zu bieten, Informationen über die psychische Erkrankung zu bekommen, ihre individuellen Stärken zu fördern, ihr Selbstwertgefühl zu steigern, sich von Schuldgefühlen und Stress zu entlasten und ihre Gefühle ausdrücken zu können. Ferner erleben sie innerhalb der Gruppen Solidarität und Austausch über ähnliche Erfahrungen (Lenz 2010: 22).

6.4 Beratung

Beratung im weitesten Sinn erfolgt unter anderem schon im Informations- und Aufklärungsgeschehen sowie in den Gruppenangeboten. Die eigentlichen Beratungsgespräche finden mit Psychologen oder Sozialarbeitern in der Beratungsstelle statt. Dabei wird mit Hilfe einer Beratungsvereinbarung schriftlich festgehalten, welche Ziele und Etappen erarbeitet werden sollen. Je nach dem Gesundheitszustand der Eltern werden diese bestärkt das Beratungsgeschehen aktiv mitzugestalten. Kindern fällt es im Gegensatz zu Erwachsenen oft schwerer über ihre Gefühle und Sorgen zu sprechen. Hinzu kommt die Befürchtung, ihre Eltern zu verraten oder in ein schlechtes Licht zu stellen, wenn sie von ihrer Situation und Gefühlen sprechen. Indem sie an Gruppenaktivitäten der Beratungsstelle teilnehmen, können sie lernen Vertrauen an die neue Umgebung und Personen zu fassen. Nachdem erste Unsicherheiten vergangen sind, haben sie die Möglichkeit sich an jemanden zu wenden (Wege e.V. 2012: 6). In den Beratungsgesprächen werden je nach Fall sogenannte Krisenpläne erarbeitet, welche in akuten Krisen dem Erkrankten, dessen Familie, Angehörige oder Freunde

eine Anleitung liefern soll, wie sie sich verhalten können. Beispielsweise erfahren die erkrankten Eltern und Familienmitglieder woran sie erkennen, wenn sich die Krankheit verschlimmert bzw. wie sie solche Krisen bewältigen können. Dabei ist oftmals eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wie Psychotherapeuten oder Ärzten notwendig (ebd. 2012: 8). Psychisch erkrankte Eltern können sich bei Aurnyn weiterhin bezüglich der Erziehung ihrer Kinder beraten und unterstützen lassen. Nicht selten sind sie mit ihrer Elternrolle überfordert und befürchten durch die Erkrankung, ihren Kindern nicht angemessen nachzukommen. Hinzu kommt, dass Eltern mit seelischen Erkrankungen zum Teil das Verhalten und die Zeichen der Kinder nicht richtig wahrnehmen oder deuten können und ihnen aus Schuldgefühlen heraus keine Grenzen aufzeigen (ebd. 2012: 9). In der Beratung wird den Eltern ihre Elternrolle aufgezeigt und ihre Erziehungskompetenzen eingeschätzt. Sie werden dabei unterstützt z.B. konsequenter oder strukturierter in ihrer Erziehung vorzugehen und erfahren weitere Erziehungsmethoden und Strategien. Eine psychische Erkrankung wirkt sich innerhalb einer Familie vor allem auch auf die Paarbeziehung aus. Elternpaare können sich hinsichtlich ihrer Partnerschaft bei Aurnyn beraten lassen, um über ihre Konflikte zu sprechen und eine Lösung zu finden. Zudem steht dabei das Wohl der Kinder im Fokus, welche vor den Konflikten der Eltern zu schützen sind. Kommt es zu einer Trennung oder Scheidung haben die Eltern die Möglichkeit mit einer Beraterin in der Beratungsstelle über den Umgang oder das Sorgerecht zu sprechen. Die Beraterin versucht zwischen den Elternteilen zu vermitteln, Spannungen abzubauen und eine gemeinsame Alternative zu finden. Kinder, deren Eltern in Konflikten stehen oder sich trennen, erhalten ebenfalls die Gelegenheit ihre Sorgen in Einzelgesprächen zu erzählen. Dabei geht es oftmals um Schuldgefühle oder Loyalitätskonflikte, es beiden Elternteilen Recht machen zu wollen (ebd. 2012: 10). Zusammengefasst sollte eine Beratung, wie auch bei der Informationsvermittlung und Aufklärung den Kindern Schuld-, Scham- und Verantwortungsgefühle nehmen, sie in ihrem Selbstvertrauen stärken, das kindliche Erleben fördern, das Thema der Erkrankung enttabuisieren und eine Solidarität mit anderen Kindern wecken. Eltern soll eine Beratung dahingehend unterstützen, in ihrer Erzieherrolle sicher zu werden, ihr Selbstvertrauen zu stärken, Gefühle der Schuld oder Scham abzubauen, die psychische Erkrankung nicht mehr zu tabuisieren und die Kommunikation innerhalb der Familie und mit anderen sozialen Netzwerken zu verbessern (Lenz 2010: 22).

6.5 Selbsthilfegruppen

Die Beratungsstelle Auryn gehört zum Wege e.V. in Leipzig, einem Verein für Angehörige und Freunde psychisch erkrankter Menschen. Ein unverzichtbarer Bestandteil des Vereins sind verschiedene Selbsthilfegruppen für z.B. Familienmitglieder, Partner oder Freunde psychisch Kranker. Durch Gespräche innerhalb der Gruppen sammeln die Teilnehmer Erfahrungen bzw. tauschen diese aus, unterstützen sich gegenseitig in ihren Situationen und können Erlebtes gemeinsam verarbeiten. Durch eine große Nachfrage haben sich viele Selbsthilfegruppen mit verschiedenen Ausrichtungen gebildet. So gibt es u.a. spezielle Selbsthilfegruppen für Eltern mit psychisch erkrankten Kindern, Partner mit erkrankten Lebensgefährten, Angehörige mit Suizid in der Familie oder Eltern mit eigenen seelischen Erkrankungen (Wege e.V. 2013: h). Die zuletzt genannte Selbsthilfegruppe wird von Auryn unterstützt und begleitet. Eltern erhalten in diesem Rahmen die Gelegenheit über ihre Sorgen im familiären Alltag zu sprechen. Oftmals haben „sie Ängste vor Schuldzuweisungen von Außenstehenden oder davor als Eltern zu versagen“ (ebd. 2013i). Im Austausch mit anderen Betroffenen können sie sich Kraft, Rat und Ideen für eigene Problemsituationen holen.

6.6 Sonstige Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten

Ein weiterer Schritt, um Kinder psychisch kranker Eltern zu helfen, ist die Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren. Erst indem Menschen auf die Signale und Hilfsbedürftigkeit der Kinder mit erkrankten Elternteilen reagieren, kann ein weiterer Hilfeprozess eingeleitet werden. Das Problem bzw. die Thematik psychischer Probleme in Familien ist in vielen Berufsgruppen, welche mit Kindern arbeiten nicht allzu präsent. Vor allem Lehrer oder Erzieher, welche in nächster Nähe mit Kindern tätig sind, sind nur ungenügend über den Sachverhalt aufgeklärt. Aus diesem Grund bietet Auryn Weiterbildungen und Schulungen für verschiedene Berufsgruppen an, damit Kinder mit seelisch kranken Eltern eher bemerkt und unterstützt werden können (Wege e.V. 2012: 20). In den Fortbildungen bekommen z.B. Erzieher Strategien vermittelt, wie sie im Falle eines Verdachts mit den betroffenen Eltern sprechen und weiter vorgehen können. Auryn bietet nicht nur für Berufsgruppen Seminare an,

sondern auch für Schulklassen. Darüber hinaus können die Schüler die Beratungsstelle vor Ort besichtigen. Dabei sollen Kinder und Jugendliche über psychische Erkrankungen informiert werden und ein Verständnis für die Situation der Betroffenen bekommen. Dies soll verhindern psychisch Erkrankte zu stigmatisieren und auszugrenzen. Ferner soll es die Furcht nehmen, fremde Hilfen in Anspruch zu nehmen. Eine weitere, unerlässliche Unterstützung für Familien mit psychisch Kranken ist die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Psychiatrien. Eine Vernetzung dieser jeweiligen Systeme ist wichtig, um Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern besser erreichen und unterstützen zu können. Auryn arbeitet beispielsweise eng mit den Psychiatrien in Leipzig zusammen, damit schon während des Klinikaufenthalts die behandelten Elternteile über Hilfsangebote informiert werden können. In regelmäßigen Abständen wenden sich die Mitarbeiter von Auryn an Ärzte und Klinikpersonal und stellen Angebote vor. Mit dem Wissen um die Leistungen von Auryn, können Ärzte Patienten nach dem Klinikaufenthalt zu der Beratungsstelle weiter verweisen, um zeitnah eine Anknüpfung und Entlastung zu erfahren (ebd. 2012: 19). Während in Psychiatrien meist der Fokus auf den behandelten Erwachsenen liegt, geht Auryn auf die Situation der Kinder und die Familie im Ganzen ein. Zusammen mit der Familie werden Ideen und Pläne erarbeitet, wie bei erneuten Krisen gehandelt werden soll oder wie Kinder den Krankenhausaufenthalt des Elternteils bewältigen können. Eltern, welche die Beratungsstelle Auryn aufsuchen, haben oftmals Ängste sich an das Jugendamt oder andere Einrichtungen zu wenden z.B. aus Furcht, dass ihnen das Sorgerecht entzogen werden könnte.

In solchen Fällen klären die Mitarbeiter von Auryn die Familien über die Unterstützungsmöglichkeiten des Jugendamtes oder psychiatrischen Kliniken auf, nehmen ihnen ihre Bedenken und bestärken die Eltern diese Angebote zu nutzen (ebd. 2012: 18). Wenn es die Situation erfordert, z.B. weil die Hemmschwelle der Eltern zu groß ist, begleiten Mitarbeiter von Auryn die Eltern zu den jeweiligen Einrichtungen vor Ort. Auch bildet die Beratungsstelle eine Schnittstelle bzw. Vermittlung der psychisch erkrankten Eltern zu Selbsthilfegruppen.

7 Ergebnisse des Experteninterviews

Inhalt dieses Abschnittes ist eine Beschreibung der derzeitigen noch benötigten Hilfsmöglichkeiten für die angesprochene Zielgruppe in Leipzig. An Hand des Experteninterviews mit der Leiterin der Beratungsstelle Auryn erfolgt eine Einschätzung der Situation in der Stadt. Dabei werden Stellen aus dem Interview zur Bewertung hinzugezogen und mit den entsprechenden Zeilennummern (Z.) gekennzeichnet.

Um Kinder psychisch kranker Eltern besser unterstützen zu können, fehlen in Leipzig **weitere niedrigschwellige Angebote**, wie die Beratungsstelle Auryn sie hat (Interview: Z. 298, 299). Vor allem aus Angst oder Scham trauen sich viele Betroffene der angesprochenen Zielgruppe nicht, gewisse Hilfen in Anspruch zu nehmen. Deshalb sind Einrichtungen wie die Beratungsstelle von großer Bedeutung um einen einfachen Zugang zu liefern.

Von Vorteil ist in Leipzig außerdem, dass Auryn zu dem Trägerverein Wege e.V. gehört, welcher eine Reihe von weiteren Angeboten für Familien mit psychisch Erkrankten anbietet. Dies sei „*ein großer Gewinn*“ (Z. 365), da eine Weitervermittlung unter den jeweiligen Projekten zeitnah erfolgen kann.

Aus dem Experteninterview wurde deutlich, dass weitere Stellen, ähnlich wie Auryn, nötig sind, um die Nachfrage und die Wartezeiten zu bewältigen. Ein Hindernis zur Umsetzung weiterer Arbeitsstellen ist die problematische Finanzierung im sozialen Bereich. „*Es gab ja schon häufig Modellprojekte, die dann ausgelaufen sind, weil sich eben nicht wie in unserem Fall das Jugendamt bereit erklärt hat, das weiter zu finanzieren*“ (Z. 381, 382). Der Mangel an zusätzlichen Stellen sei somit weniger über den fehlenden Bedarf zu erklären, sondern viel mehr über die **Finanzierung** dieser Arbeitsplätze (Z. 380). Dass Auryn in der Regelfinanzierung ist und vom Jugendamt unterstützt wird, erkennt Frau Kündiger in dem Interview an, mit den Worten: „*Wir haben da einfach nur Glück in Leipzig*“ (ebd. 391). Bei Tagungen wird Frau Kündiger im Austausch mit Kollegen aus anderen Städten die bundesweite Vorreiterrolle der Beratungsstelle und Vernetzung hinsichtlich der Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern immer wieder verdeutlicht.

Eine weitere unerlässliche Voraussetzung, um ein gutes Helfernetzwerk in Leipzig zu ermöglichen, ist die **Kooperation** von Beratungsstellen und ähnlichen Einrichtungen mit Institutionen des Jugendamtes und Psychiatrien.

Über die Zusammenarbeit mit dem **Jugendamt** liefert Frau Kündiger in dem Interview verschiedenartige Aussagen. Zum einen betont sie die gute Weitervermittlung und Bemühungen des ASD (Allgemeiner Sozialer Dienst des Jugendamtes) und die Empfehlung an die Beratungsstelle (Z. 116). Dies ist vor allem von Bedeutung, um Familien mit psychisch kranken Elternteilen über mögliche Hilfen zu informieren und ihnen einen Anlaufpunkt zu liefern. Zum anderen kritisiert die Leiterin der Beratungsstelle die schlechte Erreichbarkeit der Mitarbeiter des Jugendamtes: *„Also es ist sehr schwer, also jemanden anzurufen und da jemanden zu erreichen, also das ist sehr schwierig“* (Z. 201, 202). Insbesondere Situationen mit dringendem Handlungsbedarf, beispielsweise wenn das Kindeswohl gefährdet ist, erfordern einen schnellen Austausch und Kontakt zum Jugendamt. Frau Kündiger empfiehlt eine strengere Beauftragung der Mitarbeiter zeitnah zurück zu rufen, um unter Umständen Maßnahmen in die Wege zu leiten zu können (Z. 206).

Ein weiteres Defizit in der Kooperation mit dem Jugendamt sieht sie in dem Umgang mit dem Datenschutz, welches ein wichtiges Thema in der Arbeit mit den Klienten darstellt. Sie kritisiert *„dass manchmal auch sehr locker umgegangen wird mit Datenschutz“* (Z. 240). Es werden beispielsweise informelle Informationen über die Klienten seitens des Jugendamtes an die Mitarbeiter der Beratungsstelle weitergegeben, welche diese eigentlich nicht erfahren sollten. Dieses Wissen erschwert die Arbeit mit den Klienten, da gewisse Sachverhalte nicht angesprochen werden können und die Mitarbeiter sich wie in einer *„Zwickmühle“* (Z. 248) fühlen. Auf die Weitergabe von Informationen sollte demzufolge vermehrt geachtet werden.

Mit der Zusammenarbeit der Beratungsstelle Aurn und **psychiatrischen Einrichtungen** ist Frau Kündiger überwiegend zufrieden. Es wird fallbezogen überlegt, ob die Beratungsstelle der richtige Anlaufpunkt ist oder ob eine Weitervermittlung an psychiatrische Kliniken bei z.B. akuter Suizidgefahr erforderlicher wäre. Kooperationen bestehen u.a. mit der Uniklinik und dem Parkkrankenhaus in Leipzig (Z. 75).

In dem Interview stellte die Interviewte fest: *„Also mit der Uniklinik arbeiten wir wirklich sehr gut zusammen. Da gehen wir auch regelmäßig hin und stellen dort vor den Patienten die Angebote der Beratungsstelle vor“* (Z. 107-109). Indem das Personal der Kliniken über die Leistungen von Auryn informiert wird, können z.B. die Sozialarbeiter Patienten nach dem Klinikaufenthalt an Auryn weitervermitteln, so dass eine zeitnahe Nachbetreuung erfolgen kann. Dies ist vor allem von Vorteil, um lange Wartezeiten bei Auryn zu umgehen (Z. 219). Im Allgemeinen ist die Zusammenarbeit der Beratungsstelle mit den psychiatrischen Einrichtungen in der Stadt Leipzig als sehr gut zu bewerten.

Als ein weiteres Resultat des Expertengesprächs ist festzustellen, dass **Öffentlichkeitsarbeit** über die Situation und Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern weiterhin unbedingt betrieben werden muss. Nach Aussagen von Frau Kündiger erregt die Thematik *„in den Medien keine große Aufmerksamkeit“* (Z. 256, 257). Im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren sei das Interesse zwar gestiegen, aber eine fortlaufende Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit ist von Wichtigkeit. *„Dadurch, dass es die Beratungsstelle Auryn gibt, die auch versucht viel Öffentlichkeitsarbeit zu machen“* (Z. 258, 259) sind zumindest die meisten psychosozialen Einrichtungen über diese Anlaufstelle in der Stadt informiert. Bis zu der gegenwärtigen Bekanntheit der Beratungsstelle Auryn und der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Kooperationspartnern war viel Öffentlichkeitsarbeit nötig. Um Kinder psychisch kranker Eltern zu unterstützen, ist ein Bewusstsein über deren Lebenslage in der Bevölkerung von großer Bedeutung.

Die Beratungsstelle bietet für verschiedene Berufsgruppen, welche mit Kindern arbeiten, **Weiter- und Fortbildungen** an, um den Blick für Kinder psychisch erkrankter Eltern zu schärfen. Dieses Angebot wird je nach Berufsrichtung verschieden angenommen. Eine große Nachfrage derartiger Weiterbildungen besteht seitens der Erzieher. *„Da besteht schon sehr sehr großes Interesse“* (Z. 267), so dass die Seminare dazu schnell ausgebucht waren. Dies zeigt zum einen das Interesse der Erzieher an dem Thema und zum anderen den Bedarf, den es in der Praxis gibt. Zum Teil finden die Fortbildungen auch in den jeweiligen Einrichtungen der Erzieher statt. Im Bereich der Schule, d.h. Lehrer, Vertrauenslehrer, Schulsozialarbeiter oder Hortner ist die

Nachfrage an Weiterbildungen trotz Bedarf noch sehr gering. Gründe für ausbleibende Schulungen sind z.B. Terminschwierigkeiten und mangelnde Zeit, da der Lehrplan eingehalten werden muss. An dieser Stelle sollte weiterhin versucht werden im Austausch zu bleiben, da die Sensibilität von Lehrern für eventuell hilfsbedürftige Kinder mit psychisch kranken Eltern wichtig ist.

Ähnlich sieht die Bereitschaft für Weiterbildungen in medizinischen Berufsgruppen aus. „*Es gab den Versuch auch mal bei Hebammen durchzuführen*“ (Z. 283, 284), aber „*da gab es einfach ganz wenig Interessenten*“ (Z. 347).

Da insbesondere Hebammen eng mit der Familie und dem Säugling arbeiten und Auffälligkeiten in der Familie beobachten können, stand diese Berufsgruppe im Fokus der Mitarbeiter von Auryn hinsichtlich einer Weiterbildung. Die mangelnde Bereitschaft ist möglicherweise durch den geringen finanziellen Verdienst und die zusätzliche Belastung und Verantwortung, welche psychisch Kranke und deren Säuglinge mit sich bringen, zu erklären. Was vergleichsweise bereits angeboten wird, sind Familienhebammen (Z. 288), welche sich mit Problemen in der Familie nach einer Geburt beschäftigen. Inwieweit diese speziell über den Umgang mit psychisch Kranken und deren Kindern geschult sind, ist nicht zu sagen. Neben den Hebammen, sollten ebenso Ärzte und Gesundheits- und Krankenpfleger verstärkt auf die Befindlichkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam gemacht werden.

Fort- und Weiterbildungen für Berufsgruppen, welche eng mit Kindern und deren Eltern zusammenarbeiten, bieten einen wesentlichen Bestandteil zur Erkennung prekärer Familiensituationen und benötigten Handlungsbedarf.

Auf gesundheitspolitischer Ebene würde die **Finanzierung von Familientherapien** oder systemischen Therapien durch die Krankenkasse ein weiterer Schritt zur Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern bedeuten. Diese Idee begründet Frau Kündiger damit, dass das Familiensystem als Ganzes wenig Beachtung findet. „*D.h. der Psychotherapeut, der arbeitet möglicherweise mit der erkrankten Mutter und [...] da gibt's dann den Jugendpsychotherapeuten, der mit dem Kind arbeitet*“ (Z. 305-308). Verschiedene Psychologen, d.h. wobei sich einer mit dem Elternteil oder den Eltern und ein anderer mit dem Kind beschäftigt, kann das gesamte Familiensystem nicht abdecken (Z. 112). Ein Blick auf die Mechanismen und einzelnen Familienmitglieder ist z.B.

dahingehend wichtig, das oftmals vorzufindende Kommunikationsverbot in den Familien mit psychisch Kranken gemeinsam zu erkennen und aufzulösen.

In dem Experteninterview mit Frau Kündiger, betonte diese insbesondere das Fehlen von ausreichend **Mutter-Kind-Einrichtungen**. Beispielsweise nehmen viele Mütter mit psychischen Erkrankungen keine Therapie wahr, weil sie niemanden finden, der sich in der Zeit um ihr Kind kümmern kann. Vor allem für Alleinerziehenden ist eine stationäre Behandlung unmöglich. Zudem kommt hinzu, dass psychisch Kranke meist nicht über ein soziales Netzwerk verfügen, welchem sie ihr Kind anvertrauen können. Sind die Kinder im Schulalter ist eine stationäre Therapie ebenfalls schwierig, da Kinder auf Grund des ausfallenden Schulstoffs daran gehindert sind, ihre Eltern zu begleiten und diese deshalb eine Therapie nicht in Anspruch nehmen. *„Also da gibt’s einen massiven Nachholbedarf, dass es auch diesen Frauen ermöglicht wird, eine Therapie zu machen“* (Z. 318, 319). Auch bei Tageskliniken besteht oftmals die Problematik, dass die Therapiezeiten mit den Kindergartenzeiten kollidieren und Alleinerziehende das Angebot nicht wahrnehmen können. Ähnlich verhält es sich mit ambulanten Psychotherapien, wenn es kein soziales Umfeld gibt, welches in der Zeit das Kind betreuen kann. *„Also da braucht man eigentlich mehr Angebote, die dass auch Alleinerziehenden mehr möglich machen“* (Z. 324-326).

Als eine weitere Unterstützungsmöglichkeit, um Kinder mit psychisch kranken Eltern zu entlasten, wären **Patenschaftprojekte** denkbar. Patenschaften sollen als niedrigschwelliges Hilfsangebot verstanden werden, welches in belastenden Situationen, z.B. einem Klinikaufenthalt, kurzfristig beansprucht werden kann. Dabei ist eine gute Beziehung des Paten zu dem Kind und seinen Eltern notwendig. Wichtig ist ein Konkurrenzgefühl zwischen Paten und Elternteilen zu vermeiden und stattdessen als entlastende Unterstützung anzunehmen (Lenz 2010: 22). *„Es gab in Leipzig Patenschaften, aber noch nicht direkt für die Zielgruppe“* (Interview, Z. 418). Die Beratungsstelle Aurnyn plant in Zusammenarbeit mit dem Kinderheim Machern ein Patenschaftskonzept für Leipzig zu erstellen, welches speziell den Fokus auf Kinder psychisch kranker Eltern setzt. Die Verwirklichung dieser zeitintensiven Arbeit ist wiederum abhängig von der Erstellung eines Konzepts und den benötigten Geldern des

Jugendamtes. Eine Realisierung von Patenschaften in der Stadt Leipzig ist nach Aussagen von Frau Kündiger „in Planung“ (Z. 438).

Im Allgemeinen sind die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern in Leipzig als gut einzuschätzen. „[...] in Leipzig sind wir da schon deutlich besser dran als in anderen Städten. Hier gibt's eine gute oder eine ganz gute Vernetzung“ (Z. 126, 127). Dass Kinder von Eltern mit psychischen Störungen z.B. in Erwachsenenpsychiatrien nicht wahrgenommen bzw. ‚vergessen‘ werden, „ist in Leipzig nicht mehr der Fall“ (Z.140, 141). Die Vernetzung mit Jugendamt und Psychiatrien in Leipzig funktioniert gut, wobei in gewissen Bereichen, wie Datenschutz und Erreichbarkeit von Mitarbeitern noch Verbesserungen erstrebbar sind. Die vorhandenen Strukturen der Beratungsstelle Auryn und des Trägervereins Wege e.V. in Leipzig, im Vergleich zu anderen Städten, bewertet die Interviewte mit: „Wir haben da einfach nur Glück in Leipzig“ (Z. 391). Obwohl in der Stadt eine Reihe von Hilfsangeboten für Kinder und Familien mit psychischen Erkrankungen vorzufinden sind, ist ein weiterer Ausbau an Unterstützungsinstanzen, wie Mutter-Kind-Einrichtungen, mehr Arbeitsstellen für Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder Patenschaften notwendig.

8 Zusammenfassung und Ausblick

Psychische Erkrankungen eines oder beider Elternteile betreffen das ganze Familiensystem, insbesondere Kinder. Wie in der Arbeit aufgezeigt wurde, können psychische Störungen verschiedene Auswirkungen auf die Entwicklung eines Kindes haben. Es besteht mitunter das Risiko, selbst eine psychische Störung auszuprägen. Um beeinträchtigende Folgen auf die kindliche Entwicklung zu verhindern, ist eine frühzeitige Wahrnehmung der Lebenslagen von Kindern psychisch kranker Eltern sowie eine Unterstützung dieser und ihrer Familien von großer Bedeutung.

Diese Masterarbeit liefert einen Überblick über die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten für die Zielgruppe in der Stadt Leipzig. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht dabei die Beratungsstelle Auryn mit ihren spezifischen Leistungen für Kinder mit psychisch kranken Eltern. Mit den Gruppenangeboten, der Information, der Beratung und der Prävention sind wichtige Grundsteine in der Hilfe für die betroffenen Kinder gelegt. An Hand der großen Nachfrage der Beratungsstelle und den daraus resultierenden Wartelisten wird deutlich, dass weiterer Bedarf besteht.

Zu diesem Zweck untersucht die Masterarbeit, an welchen Stellen weitere Ansatzpunkte für Hilfen angebracht sind. Die Ergebnisse dazu wurden aus dem Experteninterview mit der Leiterin der Beratungsstelle Auryn abgeleitet. So sind weitere niedrigschwellige Angebote von Vorteil, um Hilfesuchenden einen einfachen Zugang ohne Angst vor Ablehnung oder Stigmatisierung zu ermöglichen. Die Vernetzung mit Psychiatrien, Jugendhilfe, Schulen, Kindergärten und anderen Institutionen, in denen die Berufsgruppen eng mit Kindern zusammenarbeiten, funktioniert vereinzelt gut. Vor allem die Arbeit der Lehrer, der Hebammen und des Klinikpersonals bedarf weiterer Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit bezüglich der Problemlagen Kinder psychisch kranker Eltern. Dies ist insbesondere wichtig um die Situation und die Bedürfnisse der betroffenen Kinder beizeiten wahrzunehmen und dementsprechend zu handeln. Rückblickend auf die Forschungsfrage, kann das Angebot an Hilfen in der Stadt Leipzig als ausreichend betrachtet werden. Die Beratungsstelle Auryn hat durch ihre Position in der Stadt einen großen Anteil dazu beigetragen.

Wie in dem 2. Kapitel nachgewiesen wurde, ist eine sichere, kontinuierliche Eltern-Kind-Beziehung für die weitere gesundheitliche Entwicklung von Kindern bedeutsam. Eine Trennung des Kindes von den Eltern oder Bezugspersonen sollte daher vermieden

bzw. ausgeschlossen werden. In dem Experteninterview wurde in diesem Zusammenhang ein Ausbau weiterer Maßnahmen wie bspw. Mutter-Kind-Einrichtungen vorgeschlagen. Dies würde vor allem der Gruppe der Alleinerziehenden helfen, welchen durch fehlende soziale Netzwerke ein Anspruch auf Unterstützung verwehrt bleibt, da Therapiezeiten oder stationäre Aufenthalte mit Kindern oftmals nicht vereinbar sind.

Um Kinder psychisch kranker Eltern zu entlasten und in ihrer Situation zu unterstützen, sollte die Aufmerksamkeit weiter auf diese Zielgruppe gelenkt, vorhandene Unterstützungsstrukturen ausgebaut sowie weitere Leistungen angeboten werden.

9 Literaturverzeichnis

- Bohnsack, Ralf et al. (2007): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Borg-Laufs, Prof. Dr. Michael et al. (2012): Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen. Beltz: Weinheim, Basel.
- Bowlby, John (1998): Verlust, Trauer und Depression. Fischer Taschenbuch Verlag: Frankfurt a.M.
- Bowlby, John (2005): Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. 5. Aufl. Reinhardt Verlag: München.
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (2004): Mit psychisch Kranken leben. Bonn.
- Deneke, Christiane et al. (2008): Präventive Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. In: Lenz, Albert/ Jungbauer Johannes. Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Dgvt: Tübingen, S. 63-79.
- Endruweit, Günter/ Trommsdorff, Gisela (2002): Wörterbuch der Soziologie. 2.Aufl. Lucius und Lucius: Stuttgart.
- Esser, Günter (2011): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. 4. Aufl. Georg Thieme Verlag KG: Stuttgart.
- Fiedler, Peter (2008): Dissoziative Störung und Konversion. Trauma und Traumabehandlung. 3. Aufl. Beltz: Weinheim, Basel.
- Geulen, Dieter (2005): Subjektorientierte Sozialisationstheorie. Sozialisation als Epigenese des Subjekts in Interaktion mit der gesellschaftlichen Umwelt. Juventa: Weinheim, München.
- Grundmann, Matthias (2006): Sozialisation. UVK: Konstanz.
- Hautzinger, Martin/ Linden, Michael (2011): Verhaltenstherapiemanual 2011. Springer: Heidelberg.
- Hautzinger, Martin/ Thies, Elisabeth (2008): Klinische Psychologie. Psychische Störungen. Workbook. Beltz: Weinheim, Basel.
- Heinze, Thomas (2001): Qualitative Sozialforschung. Oldenbourg: München.

- Helmchen, Hanfried et al. (2001): Depression und Manie. Wege zurück in ein normales Leben. Ein Ratgeber für Kranke und Angehörige. Trias: Stuttgart.
- Herbert, Martin (1999): Bindung. Ursprung der Zuneigung zwischen Eltern und Kindern. Trainings für Eltern, Kinder und Jugendliche. Hans-Huber: Bern.
- Homeier, Schirin (2009): Sonnige Traurigtage. Ein Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern. Mabuse: Frankfurt a. M.
- Hurrelmann, Klaus (1995): Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. 5. Aufl. Beltz: Weinheim, Basel.
- Klein, Thomas (2005): Sozialstrukturanalyse. Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Hamburg.
- Lenz, Albert (2001): Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie. Entwicklungen, Befunde und Handlungsperspektiven. Juventa: Weinheim, München.
- Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe Verlag: Göttingen.
- Lenz, Albert (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Hogrefe Verlag: Göttingen.
- Lenz, Albert/ Jungbauer, Johannes (2008): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Dgvt: Tübingen.
- Lenz, Albert (2010): Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Hogrefe Verlag: Göttingen.
- Lenz, Albert/ Kuhn, Juliane (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Wiegand-Grefe, Silke/ Matthejat, Fritz/ Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, S. 269-298.
- Lexow, Anja/ Wiese, Meike/ Hahlweg, Kurt (2008): Kinder psychisch kranker Eltern: Ihre Chancen, im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie der Eltern zu profitieren. In: Lenz, Albert/ Jungbauer Johannes. Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Dgvt: Tübingen, S. 91-112.
- Margraf, Jürgen/ Schneider, Silvia (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter. Springer: Heidelberg.

- Mietzel, Gerd (1995): Wege in die Entwicklungspsychologie. Kindheit und Jugend. 2. korrigierte Aufl. Beltz: Weinheim.
- Ohntrup, Janna M. et al. (2011): Parentifizierung. Elternbefragung zur destruktiven Parentifizierung von Kindern psychisch kranker Eltern. In: Wiegand-Grefe, Silke/ Matthejat, Fritz/ Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, S. 375-398.
- Paulitsch, Klaus/ Karwautz, Andreas (2008): Grundlagen der Psychiatrie. UTB: Wien.
- Przyborski, Aglaja/ Wohlrab-Sahr, Monika (2008): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg: München.
- Reinisch, Anke et al. (2011): Präventionsangebote und -projekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland – ein Überblick. In: Wiegand-Grefe, Silke/ Matthejat, Fritz/ Lenz, Albert: Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, S. 62-83.
- Rossmann, Peter (1999): Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Hans-Huber: Bern.
- Schmutz, Elisabeth (2010): Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Ism: Mainz.
- Schneider, Frank/ Weber, Sabrina (2010): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie...in 5 Tagen. Springer: Heidelberg.
- Schneider, Wolfgang/ Lindenberger, Ulman (2012): Entwicklungspsychologie. 7. Aufl. Beltz: Weinheim, Basel.
- Schone, Reinhold/ Wagenblass, Sabine (2010): Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Juventa: Weinheim, München.
- Seligmann, Martin E.P. (1999): Erlernte Hilflosigkeit. 3. Aufl. Beltz: Weinheim, Basel.
- Spangler, Gottfried/ Zimmermann, Peter (2009): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 5. Aufl. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Wege e.V. (2012): AURYN. Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle. Thomas Druck: Leipzig.
- Wege e.V. (Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker) (2013a): Auryn. Idee. <http://www.wege-ev.de/projekte/auryn/idee/>. Aufgerufen am 10.05.2013.

- Wege e.V. (Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker) (2013b): Auryn. Beratungsangebote. <http://www.wege-ev.de/projekte/auryn/beratungsangebote/>. Aufgerufen am 10.05.2013.
- Wege e.V. (Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker) (2013c): Auryn. Gruppenangebote & Kurse. <http://www.wege-ev.de/projekte/auryn/gruppenangebote-kurse/>. Aufgerufen am 10.05.2013.
- Wege e.V. (Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker) (2013d): Auryn. Angebote für Kinder und Jugendliche. <http://www.wege-ev.de/projekte/auryn/gruppenangebote-kurse/fuer-kinder-und-jugendliche/>. Aufgerufen am 10.05.2013.
- Wege e.V. (Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker) (2013e): Auryn. Angebote für Eltern und Kinder. <http://www.wege-ev.de/projekte/auryn/gruppenangebote-kurse/fuer-eltern-und-kinder/>. Aufgerufen am 10.05.2013.
- Wege e.V. (Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker) (2013f): Auryn. Angebote für Eltern. <http://www.wege-ev.de/projekte/auryn/gruppenangebote-kurse/fuer-eltern/>. Aufgerufen am 10.05.2013.
- Wege. e.V. (Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker) (2013g): Team & Kontakt. <http://www.wege-ev.de/team-kontakt/>. Aufgerufen am 10.05.2013.
- Wege e.V. (Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker) (2013h): Selbsthilfegruppen. Angebote. <http://www.wege-ev.de/projekte/selbsthilfegruppen/angebote/>. Aufgerufen am 15.05.2013.
- Wege e.V. (Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker) (2013i): Selbsthilfegruppen. Selbsthilfegruppe für Eltern mit seelischen Problemen. <http://www.wege-ev.de/projekte/selbsthilfegruppen/angebote/selbsthilfegruppe-fuer-eltern-mit-seelischen-problemen/>. Aufgerufen am 15.05.2013.
- Wehling, Martin (2005): Klinische Pharmakologie. Thieme: Stuttgart.
- Wicki, Werner (2010): Entwicklungspsychologie. UTB: München.
- Wiegand-Grefe, Silke/ Matthejat, Fritz/ Lenz, Albert (2011): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Wiegand-Grefe, Silke/ Halverscheid, Susanne et al.. (2011): Krankheitsbewältigung in Familien mit psychisch kranken Eltern und Gesundheit der Kinder. In: Wiegand-

- Grefe, Silke/ Matthejat, Fritz/ Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, S. 315-330.
- Wilkening, Friedrich et al. (2008): Entwicklungspsychologie. Workbook. Beltz: Basel.
- Wittchen, Hans-Ullrich/ Jacobi, Frank (2004): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 21. Angststörungen. Robert-Koch-Institut: Berlin.
- Wittchen, Hans-Ulrich (2005): Hexal-Ratgeber: Depression. Wege aus der Krankheit. Karger: Freiburg, Basel.
- Wittchen, Hans-Ulrich/ Hoyer, Jürgen (2011): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Aufl. Springer: Berlin, Heidelberg.
- Wolfersdorf, Manfred (2011): Depressionen verstehen und bewältigen. 4. Aufl. Springer: Heidelberg.

10 Anhang: Transkription des Experteninterviews

1 I: Frau Kündiger (.) ich würde mich freuen, wenn Sie sich und Ihre Arbeit einfach mal vorstellen
2 könnten.

3 K: (2) Also mein Name ist Christine Kündiger, ich bin Diplom Psychologin und Leiterin der
4 Beratungsstelle. (.) Bevor ich zu Auryn gegangen bin, habe ich in der Uniklinik gearbeitet, vor
5 allem Forschung und Bereich Online-Beratung bei Essstörungen und hatte auch auf dem
6 Gebiet promoviert. (.) Und bin jetzt seit 2011 hier bei Auryn und eben in der Leitungsrolle
7 angestellt, d.h. ich mach neben dem was meine Kollegen machen, Beratung, vor allem auch
8 viele organisatorische Sachen. Eben auch die Repräsentation der Beratungsstelle nach außen
9 hin, Kooperationsvereinbarungen und Weiterentwicklung des Konzepts. (.) Das sind meine
10 Hauptaufgaben.

11 I: Und wie kam das, dass Sie dann genau zu Auryn gekommen sind? Also das Sie gesagt haben,
12 ich möchte speziell mit den Kindern da arbeiten?

13 K: Ich war schon länger im Wege e.V. aktiv, früher vor allem in dem Haus Chiton, das ist das
14 Wohnprojekt für junge Erwachsene mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, so
15 dass ich dem Wege e.V. bekannt war und der Wege e.V. mir. Und als hier eine Stelle zu
16 besetzen war, ist in Prinzip der Verein auf mich zugekommen und haben gesagt, das könnten
17 sie sich sehr gut vorstellen (2) und dann habe ich mir das überlegt und dachte eigentlich ist es
18 eine sehr sehr schöne Arbeit.

19 I: Ok und Sie machen eigentlich alle Sachen mit oder (2) zum Bei:spiel die Gruppenangebote?

20 K: Gruppenangebote führe ich selber nicht durch. Das liegt aber vor allen Dingen auch an den
21 zeitlichen Ressourcen.

22 I: Wie kann man sich so einen Tag oder eine normale Woche bei Ihnen vorstellen? Von den
23 Tätigkeiten her?

24 K: Al::so im Allgemeinen (.) unsere Arbeit hängt- () unsere Öffnungszeiten sind um 9 bis 16,
25 einmal bis 18 Uhr, freitags bis 12 Uhr. Aber Beratungsgespräche finden auch außerhalb dieser
26 Zeit statt (.) Wir haben 2mal in der Woche feste Termine. Das ist einmal eine
27 Teambesprechung, wo organisatorische Abläufe der kommenden Woche besprochen werden
28 oder Probleme die irgendwie im Arbeitsalltag aufgetreten sind (2) und dann gibt's einmal in
29 der Woche noch eine Fallbesprechung. Wo wir uns intern hinsetzen, im Team gucken, was
30 gibt's gerade für Familien?, kommt der Berater möglicherweise an seine Grenzen?, weiß nicht
31 weiter? (.) und da ist ein Austausch und auch die Seiten von verschiedenen Professionen zu
32 hören- (.) Im Team sind eben noch Sozialpädagogen und Psychologen, s:o dass das dann aus
33 unterschiedlicher Weise gesehen werden kann. (2) Es sind vordergründig auch
34 Beratungsgespräche, sowohl mit Eltern, als auch mit Elternteilen, a:ber auch mit Kindern und
35 gelegentlich zusammen, (.) al:so mit Kindern und Eltern zusammen. Die müssen adäquat
36 vorbereitet werden und auch nachbereitet, d.h. es wird dann immer dokumentiert. Wir
37 müssen auch relativ viel mit Stellungnahmen (.) schreiben (.) zu:m Bei:spiel für behandelnde
38 Therapeuten, die dann in dem Fall übernehmen. (.) Und da sind wir ja drin und schreiben, was
39 ist denn bisher so passiert? Oder auch viele unserer Klienten machen so eine Art

40 Erziehungsfähigkeitsgutachten-**ich sage mal-** durch. (.) Da werden wir häufig auch angefragt
41 (2), dass Verfahrenspfleger sich nochmal mit uns in Verbindung setzen und eine Einschätzung
42 wollen. (.) Das nimmt auch viel Zeit in Anspruch und wie gesagt bei mir kommt dann noch
43 hinzu, dass ich gewisse Kooperationsgespräche mit anderen Einrichtungen führe. War jetzt
44 beispielsweise in der Uniklinik und hab da unsere Angebote vorgestellt oder dass wir noch
45 Weiterbildungen für andere Fachkräfte geben. Und die Gruppenangebote führe ich selber jetzt
46 nicht durch, bin da natürlich immer auf dem Laufenden, um doch immer zu gucken, dass das
47 alles gut funktioniert.

48 I: Sie machen ja auch offene Sprechstunden. Und da würde ich gern wissen (.) ob es eine
49 bestimmte Zahl gibt, wie viele Klienten Sie zur Zeit betreuen (.) die regelmäßig kommen. Kann
50 man das so einschätzen?

51 K: Ich kann Ihnen das fast auf die Zahl genau sagen. Wir führen auch eine Statistik. Ich gl:aub
52 letztes Jahr ha:ben wir 346 Fälle betreut. Das ist auch unterschiedlich wie häufig die kommen.
53 Da gibt's welche, die kommen zeitweise wöchentlich, wenns wieder eine akute Krise ist, (.)
54 dann gibt's Klienten die nur noch aller 4 Wochen kommen und es kommen welche, die
55 kommen generell sehr sehr selten. (2) Die kommen vielleicht aller 8 Wochen und wo wir auch
56 sagen, das ist ausreichend. (3) Das ist alles sehr individuell und auch in Absprache mit uns auch
57 auf den Bedarf der Klienten ausgelegt. (2) Al:lgemein kann man sagen, dass unsere Klienten
58 eine sehr sehr lange Zeit zu uns kommen. Oftmals ist es ein Kontakt, der über **ein Jahr** oder
59 deutlich länger andauert.

60 I: Sie haben vorhin erwähnt, dass es bei Therapeuten so lange Wartezeiten gibt. Das kenne ich
61 auch von der Diakonie. (.) Wie ist das bei Ihnen gerade momentan?

62 K: Al:so bei uns gibt's au:ch eine Warteliste, au:ch Wartezeiten. ((holt tief Luft)). Also ich würde
63 sagen (2) jetzt liegt's bei et:wa 6 bis 8 Wochen. **Wobei** wir dann aber auch immer nochmal
64 gucken, wendet sich zum Beispiel ein Kind an uns?, ein 12-jähriges Mädchen oder ein 12-
65 jähriger Junge?, der sagt er möchte Hilfe haben. Der wird nicht auf eine Warteliste gesetzt.
66 Und dann wird wirklich geguckt, dass es **ganz ganz** zeitnah eine Unterstützung gibt. Wir
67 werden auch, wenn sich jemand anmeldet (.) und sagt er möchte gern ein Gespräch haben-
68 werden wir ein paar Daten erfassen um abzuschätzen, wie dringend ist das jetzt und was gibt
69 es eventuell noch für ein anderes oder professionelles soziales Helfernetzwerk. (.) Bei akuten
70 Krisen wird versucht innerhalb von 24 Stunden einen Termin zu vereinbaren. Wobei man da
71 auch immer unterscheiden muss, ist das eine akute Krise?, wo die Familie schon bei uns
72 angebunden ist? Oder ist das eine akute Krise?, die wir überhaupt noch nicht kennen? Was ist
73 das dann für eine Krise? und sind wir als Beratungsstelle dann die richtige Anlaufstelle? Gerade
74 in dem Bewusstsein, dass es ja Familien mit psychischen Erkrankungen sind, sie sind
75 diagnostiziert, ist da nicht möglicherweise auch die Uniklinik oder das Parkkrankenhaus eine
76 bessere Anlaufstelle? (.) Gerade jemand der akut suizidal ist, werden wir auch dahin
77 verweisen. Bei **ganz** neuen Krisen ist es immer schwierig. (2) Aber es gibt's auch, dass dann
78 Leute hier in der Beratungsstelle stehen, das ist gar nicht so lange her- Das war auch eine
79 junge Frau, die mit 3 Freundinnen hier war bzw. waren die 3 Freundinnen mit der jungen Frau
80 hier und sagten „sie will sich das Leben nehmen, wir wissen nicht wohin, alle schicken uns

81 irgendwie wieder weg“. Dann sagen wir nicht, wir schicken sie auch weg, sondern dann wird
82 irgendwie sich mit denen hingestellt und geguckt, dass man jetzt für den Moment eine gute
83 Lösung findet.

84 I: Sie haben gesagt, es melden sich auch Kinder bei Ihnen. (.) Wenn man das so
85 verallgemeinert, w:er ist dann so die erste Kontaktperson. Sind das eher die Eltern oder
86 Kinder?

87 K: Al:so das sich Kinder direkt bei uns melden oh:ne Wissen der Eltern, das kommt sehr selten
88 vor. (2) Wenn die das machen, dann sind die die Ansprechpersonen. Dann ist immer Kontakt
89 mit den Kindern. Weil dann auch immer die Frage ist, dürfen die Eltern das wissen? oder
90 könnten dem Kind daraus möglicherweise sogar Nachteile entstehen? Wir wü:rden in der Arbeit
91 mit dem Kind versuchen zu klären, **ob** man die Eltern mit involvieren könnte, weil das natürlich
92 sinnvoll wäre. (2) Und wenn das nicht geht, dann würden wir das auch nicht machen,(.) aus
93 Schutz vor dem Kind. **Ansonsten** erfolgt die Anmeldung natürlich im Allgemeinen über die
94 Eltern. Ma:nmals macht das auch der Familienhelfer und das Erstgespräch ist eigentlich
95 immer alleine mit den Eltern oder dem Elternteil. (2) Das Ziel ist, dass das Kind hier
96 vordergründig angebunden wird. (.) Da ist beim Erstgespräch das Kind nicht mit dabei. (.) Also
97 im Allgemeinen wird das auch so gesagt bei der Anmeldung oder wenn das vereinbart wird.
98 Manche Eltern bringen ihr Kind dann doch mit, das sehen wir nicht sehr gern. (.) Oftmals
99 kommt man dann noch mit der Information, dass man keine Geheimnisse vor den Kindern hat.
100 Das ist schwierig. Al:so Geheimnis, das klingt immer so negativ, aber eine Mutter muss einem
101 7-jährigen Kind nicht alles erzählen. (.) Also da gibt's einfach eine Altersgrenze oder eine
102 Generationsgrenze, die es eigentlich zu beachten gilt.

103 I: Und ist es dann so?, dass sich die Eltern oder die Familien sich freiwillig melden oder gibt's
104 dann auch – ich will nicht sagen Zwang- aber ein Anschubsen beispielsweise aus Kliniken? Was
105 überwiegt da mehr?

106 K: Al:so es gibt beides. (2) Die meisten Eltern kommen freiwillig und oftmals bekommen sie
107 dann die Information auch aus der Klinik. Also mit der Uniklinik arbeiten wir wirklich sehr gut
108 zusammen. (.) Da gehen wir auch regelmäßig hin und stellen dort vor den Patienten die
109 Angebote der Beratungsstelle vor, (.) ab:er an sich werden auch die Sozialdienste der Kliniken
110 die Patienten, wo sie das Gefühl haben, das passt zu uns, an uns vermitteln. Das machen auch
111 Therapeuten, die sagen, ich kann hier z.B. mit ihnen an ihrer Angsterkrankung arbeiten, aber
112 was im Familiensystem passiert, das kann ich hier nicht abdecken. Das ist auch nicht Sinn der
113 Therapie. (.) Die dann an uns verweisen und sagen „ach melden sie sich doch mal“ und viele
114 Eltern machen das dann auch. Es gibt auch die Fälle, wo sich der gesunde Elternteil an uns
115 wendet, weil er sich möglicherweise große Sorgen ums gemeinsame Kind macht. Auch der ASD
116 vermittelt an uns weiter und empfiehlt uns stark. (2) Es gibt aber auch die Fälle, wo der ASD
117 sagt, ihr **müsst** dahin gehen, das ist eine Vereinbarung, es hat sonst Auswirkungen auf das
118 Sorgerecht (.) und auch das Gericht. Das Gericht verweist immer mehr Familien an uns. Das
119 sind dann meist Familien, wo die Eltern sich getrennt haben und es vor allem große
120 Auseinandersetzungen wegen des Sorgerechts gibt oder wegen Umgangsstreitereien. (.) Das
121 sind wirklich sehr konflikthafte Familienkonstellationen.

122 I: Ich wie:ß nicht, wie ihr Einblick oder ihre Zusammenarbeit so genau ist, aber wie schätzen Sie
123 das ein, ob Kinder von kranken Eltern jetzt in der Psychiatrie oder übers Jugendamt- (2)
124 Werden die wirklich als Angehörige wahrgenommen (.) oder ist das noch so, dass oft die Eltern
125 im Vordergrund stehen und dass Kinder da eher so vergessen werden?

126 K: Ich glau:be in Leipzig sind wir da schon deutlich besser dran als in anderen Städten. (.) Hier
127 gibt's eine gute oder eine ganz gute Vernetzung. (2) An sich ist das nicht immer so, dass man
128 das Gefühl hat hier stehen ausschließlich die Kinder im Fokus und im Mittelpunkt. Das ist
129 vielleicht auch zu verstehen, wenn man sich die einzelnen Perspektiven anschaut. Wenn ich
130 mir den behandelnden Therapeuten einer Mutter heranziehe, dann ist der natürlich daran
131 interessiert, das Bestmögliche für seine Klientin in die Wege zu leiten. (.) **Wir** sind daran
132 interessiert, erstmal das Bestmögliche für das Kind zu schaffen und das kann einfach im
133 Widerspruch stehen. Weil wir hier möglicherweise sagen, (.) das Beste wäre wirklich für das
134 Kind, wenns aus der Familie rausgenommen wird. Und der Therapeut sagt möglicherweise, das
135 würde die Mutter nicht verkraften. (2) Das Kind darf **nicht dazu dienen**, die Mutter zu
136 stabilisieren.(.) Also da kanns einfach sein, dass der ein oder andere andere Ziele hat, dass da
137 das Kind nicht an erster Stelle steht. (.) Ab:er was es in Leipzig glaub ich nicht mehr gibt, ist,
138 dass es vollständig vergessen wird, dass vielleicht jemand ein Kind hat. U:nd in der Klinik- also
139 Fälle die schon passiert sind, wo dann später sich herausstellte, da gibt's ein Kind zu Hause, das
140 hat man nie erfragt, als die akut eingewiesen wurden- ich glaube das ist in Leipzig nicht mehr
141 der Fall.

142 I: Es gibt ja Gruppen bei Aurn [

143 K:] Wir haben freizeitorientierte Gruppen und wir haben Fachgruppen. (.) Die Klienten können
144 theoretisch sowohl Beratungsgespräche in Anspruch nehmen, als auch Gruppenangebote. Da
145 gibt es einen guten Austausch zwischen dem der Gruppenleiter ist und denjenigen der die
146 Beratung macht, weil das nicht in ein und derselben Hand automatisch liegt. (.) Also ich habe
147 auch Klienten die gehen woanders hin und nehmen eine Gruppe wahr und wenn ich da
148 irgendwie das Gefühl hab (.) d:a ist irgendwas wo ich nicht genau Bescheid weiß oder ich sag
149 „achtet da mal bitte noch ein bisschen mit drauf“, dann gibt es einen guten Austausch. (.) Aber
150 wie gesagt, im Allgemeinen sind wir nicht aufsuchend und gehen nicht nach Hause. (3) Wir
151 machen unser Angebot Powerkids, das ist ein soziales Kompetenztraining. D:a gi:bt's sowohl
152 vor der Arbeit mit den Kindern, als auch nach Abschluss der Gruppe ein Gespräch mit den
153 Eltern, aber da müssen die Eltern zu uns in die Einrichtung kommen, weil es auch für uns
154 zeitlich nicht machbar wäre.

155 I: Und bei den Gruppen findet eine Nachbetreuung statt? Kann man sagen, (.) dass die Hälfte
156 der Kinder noch Nachbetreuung braucht oder auch hier länger bleiben möchte oder ist das
157 Gruppenangebot danach für die meisten beendet?

158 K: **Nein** für die meisten nicht. Also viele Gruppen haben zeitlich kein Beginn und kein Ende. Die
159 freizeitorientierten Gruppen, (.) die kann man ja theoretisch über einen sehr sehr langen
160 Zeitraum in Anspruch nehmen ohne dass das irgendeine Konsequenz hat. (2) Oftmals sind das
161 auch Angebote für sehr sehr kleine Kinder. Gerade das eine Angebot ist für Kinder von 3 bis 6
162 Jahren. Von einer Familie von mir geht da das jüngere Kind hin. Das ist gerade 3. Mit dem

163 3jährigen arbeite ich hier nicht. (.) Die Eltern und das Geschwisterkind kommen zu mir und
164 selbst wenn die irgendwann nicht mehr zu mir kommen sollten, kann der Junge noch weiterhin
165 trotzdem in der Gruppe sein. (.) Und wenn da Bedarf besteht, dass der Junge selber
166 irgendwann mal einer Beratung bedarf, dann kann er auch relativ unkompliziert zurück
167 wechseln. Also es ist jetzt nicht angedacht, dass es dann eine Gruppe gibt, die dann nochmal
168 nachbetreut wird. Weil die entweder eh schon vorher bei uns sind oder die nehmen nur das
169 Gruppenangebot wahr. (2) Da wird wirklich sehr individuell geguckt.

170 I: Jetzt habe ich noch ein paar Fragen allgemein zur Situation in Leipzig. Wie bewerten Sie die
171 Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Psychiatrie? Finden Sie, dass da ausreichend Vernetzung
172 da ist? (2) Wie würden Sie das beurteilen?

173 K: @Ich glaube es sind beide Seiten sehr bemüht@. (2) Ich weiß da gibt es auch oft Gespräche.
174 Da wird sich zusammen gesetzt, auch beispielsweise was das nächste Projekt vom Wege e.V.
175 betrifft ist, das Vorderhaus. (2) Für beide ist natürlich immer schwierig: wer ist der Geldgeber!?
176 Also es wollen immer beide Seiten, dass eigentlich immer die andere bezahlt, so dass es zu
177 Zeiten von knappen Kassen auch nachzuvollziehen- (.) Ich glaube aber da sind wir wirklich auf
178 einem guten Weg. (.) Da gibt's einen Austausch und dann wird auch versucht die andere
179 Perspektive einzubeziehen und mit zu beachten.

180 I: Speziell jetzt Aurn- (.) In der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und der Psychiatrie- (.)
181 Sind Sie da zufrieden mit der Zusammenarbeit?

182 K: @Hm@ (2) also da ist die Frage **was ist** Zusammenarbeit? Bei der Psychiatrie- (3) Wir sind in
183 verschiedenen Gremien (.) unter anderem auch in einem Gremium was eigentlich für die
184 Erwachsenenpsychiatrie ist. Das hat an sich mit Kindern nichts zu tun. (.) Da sind wir auch drin.
185 Das ist die Verbindung zum Gesundheitssystem und die Psychiatrien vermitteln ja auch an uns
186 oder wir gehen in die Psychiatrien. Da gehen wir auch auf die Erwachsenenpsychiatrie. Das
187 funktioniert gut. (2) Es bedarf manchmal ein bisschen seiner Zeit, aber das liegt auch daran,
188 dass auch Kooperationen oder Netzwerken () Das kann sehr erfolgreich sein, aber das ist
189 auch immer erstmal Arbeit. @Und im Allgemeinen hat man genug zu tun@, so dass das
190 manchmal bisschen dauert bis das anläuft. Aber auch jetzt wird das ausgeweitet noch auf ein
191 anderes Krankenhaus. (.) Also das funktioniert da eigentlich. Ich glaub die sind da auch
192 eigentlich froh, wenn sie da Informationen bekommen und auch wissen, dass sie ihre Klienten
193 danach irgendwohin vermitteln können, wo es eine gute Nachsorge gibt. (3) Und im Bereich
194 der Jugendhilfe? (.) Wir sind vom Jugendamt finanziert. Da gibt es immer Kooperationen. Das
195 ist eine Art Abhängigkeit. Also wir müssen auch dem Jugendamt Stellung abliefern: was
196 machen wir mit unserer Zeit? Was haben wir für Zahlen? Wie sieht das aus? Und die gucken
197 auch, ob das dann stimmt und auch da sind wir natürlich in verschiedenen Gremien
198 organisiert, dass es da auch einen guten Austausch gibt.

199 I: Finden Sie, dass die Mitarbeiter immer gut erreichbar sind? Also wenn man bestimmte
200 Anliegen hat? |

201 K: | **Nein!** Find ich nicht. Also es ist sehr schwer, also jemanden anzurufen und da jemanden zu
202 erreichen, also das ist **sehr schwierig**.

203 I: Ideen haben Sie da auch nicht, wie man das verbessern könnte?

204 K: Also wir haben eigentlich die Information, dass sowas nicht vorkommen sollte, weil das
 205 Telefon umgestellt ist bzw. weil die Mitarbeiter dort sehen wer angerufen hat und dann
 206 eigentlich beauftragt werden zurückzurufen. (.) Es ist aber nicht die Erfahrung, die wir
 207 machen. (.) Also auch in Fällen, wo eigentlich der ASD uns anrufen und um Stellungnahme
 208 bittet oder um eine Rücksprache und die eigentliche Beraterin möglicherweise nicht erreicht,
 209 bitte ich um Rückruf. (.) Da ist es mir auch schon so gegangen, dass ich dann 2 Wochen lang
 210 versucht habe die ASD-Bearbeiter irgendwie ans Telefon zu bekommen. (2) Das ist nicht ganz
 211 zufriedenstellend. (.) Es gibt bestimmt auch Fälle wo das problemlos ist, aber die bleiben dann
 212 weniger in Erinnerung.

213 I: Und funktioniert der Übergang von Klinik oder auch Tagesklinik gut zu Ihnen?

214 K: Das funktioniert eigentlich gut. (2) Wie gesagt, gibt es da Schwierigkeiten wegen der
 215 Warteliste. Das wäre schöner, wenn es manchmal nahtloser funktionieren würde. Gerade in
 216 der Uniklinik ist es so, dass wirklich unsere Teamassistentin einmal im Monat hingeht. Da hat
 217 die Kliniksozialarbeiterin schon potenzielle Patienten oder Klienten zusammen gesucht, wo es
 218 ein Überschneidungsgebiet gibt. (.) Da stellt die Frau Solpe dann das Angebot vor (.) und dann
 219 können sich die Klienten auch schon zu diesem Zeitpunkt auf die Warteliste setzen lassen. Das
 220 ist sehr sinnvoll, (.) einfach weil dann die Patienten eine gute Chance haben entlassen zu
 221 werden und sie auch relativ zeitnah ihren ersten Termin bekommen.

222 I: Haben Sie Probleme beim Datenschutz, zum Beispiel bei der Zusammenarbeit mit dem
 223 Jugendamt?

224 K: ((Atmet tief ein)) Also bei uns geht das natürlich alles nur über Schweigepflichtsentbindung.
 225 (.) Auch das Jugendamt kommt das ein oder andere Mal zu uns heran und hat eine
 226 Schweigepflichtsentbindung. (.) Da ist der Unterschied immer, dass die
 227 Schweigepflichtsentbindungen vom Jugendamt immer einseitig sind. Also unsere sind immer
 228 so formuliert, dass der Klient uns entbindet, aber auch die andere Partei. Die vom Jugendamt
 229 sind immer nur so geschrieben, dass immer nur wir dem Jugendamt Informationen geben
 230 können (.) aber nicht anders rum.

231 I: Ist das manchmal schwierig bei Ihrer Arbeit?

232 K: Also **Datenschutz** ist ein ganz wichtiges Thema und das ist auch gut so. (.) Natürlich erleben
 233 wir manchmal unsere Arbeit- das wir denken „oh es wäre jetzt einfacher, wenn man da jetzt
 234 anrufen könnte“. (.) Das haben wir ganz oft beim Jugendamt. (2) Die Information können wir
 235 nicht weiter leiten, weil es ist keine 8a und wir würden einfach gegen die Schweigepflicht
 236 verstoßen. In solchen Fällen versuchen wir auch **ganz oft** mit den Klienten auch zu klären. (2)
 237 Bei manchen Klienten sagen wir auch: „mit ihnen arbeiten wir nur zusammen, wenn wir eine
 238 Schweigepflichtsentbindung gegenüber dem Jugendamt bekommen. Das sind unsere
 239 Bedingungen, wenn sie das nicht machen wollen, dann können wir ihnen hier leider nicht
 240 helfen“. (2) Wir erleben es aber auch, dass manchmal sehr locker umgegangen wird mit
 241 Datenschutz. (.) Das jemand anruft und sagt hier- () Das sind dann oftmals auch die Kollegen

242 vom Jugendamt, die dann auch sehr informelle Informationen über jemanden haben wollen.
 243 (2) Manchmal passiert es auch, dass da aus Versehen oder absichtlich –man weiß es nicht-
 244 noch ein paar Informationen bekannt gegeben werden. **Das** wird dann schwierig, weil
 245 ei:gen:tlich wissen wir das nicht offiziell, aber man hats einmal gehört, also von daher ist das
 246 auch nicht unbedingt- (.) Also es ist nicht so, dass wir uns freuen, wenn wir diese
 247 Informationen bekommen, weil das für uns diese Zwickmühle dann ist: ok jetzt haben wir
 248 irgendwas gehört. Wir können den Klienten nicht darauf ansprechen, weil wir wissen's ja
 249 eigentlich nicht. Aber im Kopf haben wir dieses Wissen jetzt, diesen Verdacht, diese
 250 Vermutung. Man kann versuchen das dann im Gespräch rauszukitzeln (.) oder es wird
 251 tatsächlich so behandelt, als hätte man es nie gehört.

252 I: Jetzt noch zu dem Bedarf in Leipzig speziell. Finden Sie, dass Sozialarbeiter in Leipzig
 253 ausreichend auf das Thema Kinder psychisch kranker Eltern geschult sind? (.) Sei es in
 254 Kindergärten oder Krankenhäusern, dass das Personal einen Blick dafür hat? Dass es schon in
 255 der Öffentlichkeit so angekommen ist?

256 K: Das glaube ich nicht. (2) Ich glaube, das ist ein Thema, das in den Medien keine große
 257 Aufmerksamkeit erzeugt. (.) Aber auch da muss ich sagen (.) ist es besser geworden. Ich glaube
 258 auch in Leipzig ist es dadurch, dass es die Beratungsstelle Aurnyn gibt, die auch versucht viel
 259 Öffentlichkeitsarbeit zu machen- kann ich mir vorstellen oder hoffe ich doch zumindest, dass
 260 da auch die Kollegen in den anderen Einrichtungen zumindest die Anlaufstelle wissen und
 261 kennen und darüber informiert sind, dass wenn sie da ein Problem haben, zumindest wissen,
 262 an wen können sie sich da möglicherweise wenden. Wir bieten da auch diese
 263 Erzieherweiterbildung an und da können wir nur sagen, die werden sehr sehr stark
 264 nachgefragt.

265 I: Das wäre auch meine nächste Frage gewesen- (.) wie das von Seiten der Erzieher
 266 aufgenommen wird?

267 K: Sehr gut. Da besteht schon sehr sehr großes Interesse. Dieses Jahr waren alle Termine, die
 268 wir angeboten haben, nach sehr sehr kurzer Zeit ausgebucht. Auch da gibt es momentan eine
 269 Warteliste für die Erzieherweiterbildung. (.) Bzw. gibt's da jetzt mittlerweile auch
 270 Einrichtungen, die sagen „wir möchten gern alle unsere Mitarbeiter schulen, können sie nicht
 271 zu uns in die Einrichtung kommen?“ (2) Also gestern war ich in einer Einrichtung in Gohlis, (.)
 272 d:a wa:rens 18 Leute, die dabei waren. (3) Es zeigt auf der einen Seite natürlich, dass ein
 273 Bedarf besteht und dass das auch erkannt wird. Es zeigt aber auch, dass es bisher wenig gibt,
 274 sonst würden müssten das nicht mehr so viele Leute machen.

275 I: In welchen Berufsgruppen sehen Sie noch Weiter- und Fortbildungsbedarf zum Thema
 276 Kinder psychisch kranker Eltern? |

277 K: | Also bei Lehrern ist das auch- da gibt's auch nen Bedarf. Da sind wir auch relativ aktiv
 278 dahingehend, dass wir in die Schulen gehen, bei den Vertrauenslehrern unser Angebot
 279 vorstellen, die das auch sehr gern eigentlich wahrnehmen, wenn sie das zeitlich ermöglichen
 280 können. Auch bei den Schulsozialarbeitern wollten wir das vorstellen, da gibt's momentan
 281 Terminschwierigkeiten, weil die auch sehr sehr beschäftigt sind. (2) Aber ich glaube da ist auf

282 alle Fälle großes Interesse da, wahrscheinlich auch, weil man erkannt hat, dass es immer mehr
283 Fälle werden oder immer mehr **prekäre** Fälle. Da muss man eigentlich aktiv werden. (.) Es gab
284 den Versuch auch mal bei Hebammen durchzuführen, weil wir dachten Hebammen sind die
285 Ersten- Die begleiten die Mütter in der ersten Zeit, die sehen das eigentlich, die sind die
286 Anlaufstelle an sich, (.) da gabs bisher keine Nachfragen. (.) Also gut, mittlerweile gibt's- kann
287 man die Familienhebammen beantragen. (2) Möglicherweise wäre es bei Familien mit großen
288 Problemen einfach eine Familienhebamme an der richtigen Stelle und die ist möglicherweise
289 ausgebildet. (.) Das kann ich nicht sagen, inwiefern die da nochmal eine explizite Schulung
290 bekommen. (.) Für Krankenschwestern hatten wir bisher noch nicht.

291 I: Was denken Sie, was in Leipzig noch wünschenswert wäre und was besser funktionieren
292 könnte bzw. was noch fehlt?

293 K: Al:so ich glaube die Anzahl an Stellen reicht noch nicht. (.) Also es gibt jetzt eine hier in
294 Leipzig. Damit sind wir ja im Prinzip bundesweit der Vorreiter. Das ist ein Projekt, das in der
295 Regelfinanzierung ist, d.h. wir brauchen keine Angst haben ob es uns in 2 Jahren auch noch
296 gibt. (.) Und bei uns ist das Kind noch nicht ganz so in den Brunnen gefallen. (.) Also es gi:bt
297 zum Beispiel in Halle die Seelensteine, (.) aber da muss das Jugendamt jede einzelne
298 Unterstützung bewilligen. Das ist nicht so niederschwellig, d.h. eigentlich bräuchte es mehr
299 solche Angebote, wie Aurya sie hat. Wir werden auch immer mal nachgefragt von Kliniken aus
300 dem Umland, die sagen „ok (2) ich weiß nicht ob das Zschadraß ist oder Merseburg- die haben
301 keinen PKW, also wie sollen die zu uns kommen? Habt ihr nicht noch irgendwas, im Umkreis?“
302 Aber das haben wir nicht. (2) Ich glaube es wäre auch gut, (.) aber das ist schon wieder so sehr
303 gesundheitspolitisch, wenn man die Familientherapie, die systemische Familientherapie
304 anerkennen würde und durch die Krankenkasse finanziert wird. Weil **so** arbeitet jeder mit
305 einem Problemfall. Also d.h. der Psychotherapeut, der arbeitet möglicherweise mit der
306 erkrankten Mutter und wird aber das Familiensystem nicht involvieren können. Viele unserer
307 Kinder sind aber auch in therapeutischer Behandlung oder zumindest ein Teil. Da gibt's dann
308 den Jugendpsychotherapeuten, der mit dem Kind arbeitet. Der hat vielleicht ab und zu
309 bisschen mehr Zeit für die Eltern, als das der Erwachsenentherapeut für die Kinder hat, aber
310 das reicht nicht aus. (2) Also ich glaub, da bedarf es einfach mehr Angebote. (.) Was wir auch
311 brauchen, sind mehr Mutter-Kind-Einrichtungen. Also **ganz viele** unserer Mütter nehmen keine
312 therapeutische Hilfe in Anspruch, weil sie sagen „ich bin alleinerziehend, ich kann gar nicht
313 stationär, da muss ich ja mein Kind abgeben. Das mach ich nicht“. Ab de:m Zeitpunkt, wo die
314 Kinder in der Schule sind, ist es auch schwierig, dass die Kinder zusammen mit der Mutter in
315 die Klinik gehen. Dann verpassen sie den ganzen Schulstoff. (.) Es gibt zum Beispiel auch im
316 Krankenhaus Altscherbitz die Möglichkeit, aber da gibt's- Da können Kinder nur mitgenommen
317 werden bis zum Laufalter. (.) Wenn ich da ein zweijähriges Kind hab, hat die Mutter auch Pech.
318 Al:so da gibt's einen massiven Nachholbedarf, dass es auch diesen Frauen ermöglicht wird,
319 eine Therapie zu machen. (.) Sie können ja oftmals auch keine Tagesklinik nehmen, weil sie
320 sagen „na dann muss ich aber früh mein Kind in den Kindergarten bringen und bis dann und
321 dann muss ichs abholen. Ich hab aber nur einen Vertrag der über 6 Stunden am Tag geht“. Und
322 dann können die auch keine Tagesklinik machen und die alleinerziehende Mutter hat
323 möglicherweise auch tatsächlich Probleme einen ambulanten Therapeuten- also da die Termine
324 zu realisieren, wenn sie kein soziales Umfeld hat, der in dem Zeitraum das Kind hütet. (2) Also

325 da braucht man eigentlich mehr Angebote, die dass auch Alleinerziehenden mehr möglich
326 machen.

327 I: (2) Also mehr Anlaufpunkte wie Aurn, Beratungsstellen, Therapeuten mit kürzeren
328 Wartelisten, Mutter-Kind-Einrichtungen |

329 K: | Also vor allem die Mutter-Kind-Einrichtungen finde ich sehr wichtig.

330 I: Sie gehen ja eigentlich schon relativ aktiv mit Fort- und Weiterbildung voran. Wie schätzen
331 Sie das ein- In welchen Berufsgruppen da noch Bedarf besteht? Oder ob das Interesse nicht
332 besteht oder wie man das mehr wecken könnte- auch bei Sozialarbeitern allgemein?

333 K: Also ich denke das Interesse ist schon da. (.) Oftmals. (.) Aber ganz oft ist das einfach ein
334 Zeitproblem. Also da sind auch viele andere Institutionen, die sagen „Toll was es hier für
335 Angebote gibt und es wäre schön, wenn wir irgendwie mal zusammen machen könnten“. (2)
336 Aber dann ist es immer schwierig das- (.) da einen zeitlichen Rahmen zu finden, indem es für
337 beide machbar ist. (.) Auch Schulen wo wir sagen, wir würden gern einen Film zeigen, einen
338 Aufklärungsfilm, sagen sie „das ist ganz toll, **aber** wir schaffen unseren Lehrplan sonst nicht“. Ich glaub das ist eher eine Zeitfrage. (2) Wenn wir Weiterbildungen geben, dann geben wir die
339 an erster Stelle für Personen, die mit den Kindern zusammen arbeiten. Wo wir sagen ok, man
340 kann möglicherweise Kinder identifizieren oder sagen ok hier ist möglicherweise- (.) vielleicht
341 ist es keine psychische Erkrankung, aber hier ist ein Kind, das Unterstützung braucht.
342 Deswegen wollen wir vor allen Dingen an Berufsgruppen herantreten, die mit den Kindern zu
343 tun haben, eben Erzieher, Lehrer, Hortner und Hebammen – wo es nicht geklappt hat. |

345 I: | Warum hat das eigentlich nicht geklappt? Weil es schwer ist eine Breite an Hebammen zur
346 gleichen Zeit zusammen zu führen oder-

347 K: Da gab es einfach ganz wenig Interessenten, die sich gemeldet haben und gesagt haben, wir
348 möchten das machen. Woran das liegt? (2) Ich kanns nicht sagen. Wir haben viele
349 angeschrieben. Möglicherweise gingen uns ein paar durch die Lappen, aber ich glaube der
350 Großteil wird schon angeschrieben. (.) Ob es daran liegt, dass sie sagen „ok das sind jetzt 3
351 Stunden, in denen wir sonst Geld verdienen könnten“, ob sie sagen „eigentlich will ich mir das
352 auch nicht zumuten“- (.) Also wir machen das natürlich auch mit dem Ziel, dass die Frau- das
353 die Hebammen dann sagen „ok wir sind dann kompetenter, wir können dann auch mehr und
354 intensiver mit der Familie arbeiten“. Möglicherweise sagen auch manche Hebammen „das
355 können wir nicht noch zusätzlich leisten“. Dass es ihre Aufgabe ist bei der Entbindung zu
356 helfen, möglicherweise dann noch ein-zweimal zu gucken und viel mehr aber nicht. Weil das
357 bedeutet natürlich auch, wenn ich da eine sehr aufwendige Mutter sehe, dass ich irgendwie
358 aktiv werden muss. (.) Das ist nur eine Hypothese, woran das letzten Endes lag, kann ich nicht
359 sagen.

360 I: Ok. Was würden Sie z.B. anderen Regionen, anderen Städten mitgeben, was sie sich von
361 Leipzig abschauen könnten in Bezug auf Kinder psychisch kranker Eltern?

362 K: @So eine Beratungsstelle natürlich auf alle Fälle@. Einen guten Austausch. (.) Bei uns haben
363 wir natürlich ein Glück, dass durch den Trägerverein- dass wir da auch mit den anderen

364 Projektteilen gut zusammen arbeiten können und gut auch weiter vermitteln bzw. die
365 vermitteln auch zu uns. Das ist ein großer Gewinn. „Da schauen sie doch mal in das Projektteil
366 und schauen sie da mal“ und das es hier ein relativ **umfassendes** Unterstützungsangebot gibt.
367 Ich glaube was Stellen, die das auch probieren möchten, auf alle Fälle ganz intensiv betreiben
368 müssen ist einfach Öffentlichkeitsarbeit. In den ersten Jahren konnte man hier immer
369 reinkommen und man hätte im Prinzip zu jeder Zeit einen Beratungstermin haben können.
370 Einfach, weil wir noch nicht so bekannt waren und deswegen noch kein großer Zulauf da war.
371 Und zum anderen- also das kam dann durch Öffentlichkeitsarbeit und je mehr
372 Öffentlichkeitsarbeit man macht, umso mehr Leute kommen dann. Das müssten wir jetzt
373 eigentlich nicht mehr machen.

374 I: Denken Sie, (.) dass das an den Geldern liegt oder das es noch nicht so im Bewusstsein ist,
375 dass man zum Beispiel in anderen Regionen von Deutschland noch nicht so weit ist?

376 K: Also wenn ich auf Tagungen und auch auf Mitarbeiter von anderen Beratungsstellen treffe-
377 also wenns vor allem um dieses Thema geht, Kinder psychisch kranker Eltern, da muss ich
378 sagen, (.) da sind die auch immer ganz überrascht, dass es dieses Angebot in Leipzig gibt. (.)
379 Dass es auch so umfassend ist und das wir so breit aufgestellt sind. Das gibt es meistens nicht.
380 Warum auch immer. Ich glaub, das ist immer problematisch, dass es in die Finanzierung
381 kommt. Es gab ja schon häufig Modellprojekte, die dann ausgelaufen sind, weil sich eben nicht
382 wie in unserem Fall das Jugendamt bereit erklärt hat, das weiter zu finanzieren. (2) In anderen
383 Beratungsstellen oder in anderen Städten- da ist es aber zum Teil so, dass sie eine Gruppe
384 haben extra z.B. für solche Kinder. (.) Ich glaube es ist vor allem die Finanzierung. Ich glaube es
385 ist nicht der fehlende Bedarf. Also zumindest, wenn ich in irgendwelchen Einrichtungen bin, ist
386 das in der Schule oder in einem Hort- also in der Schule oder in einem Kindergarten krieg ich
387 immer die Rückmeldung, dass die sagen „ok das wird immer mehr“. Das werden immer mehr
388 prekärere Familienverhältnisse und sogenannte Multiproblemfamilien, wo man alleine nicht
389 mehr weiter kommt. Und ich denke das ist ganz deutschlandweit so. Also wir sind nicht eine
390 der Städte, wo es besonders viele psychisch Kranke gibt und deswegen gibt's die Anlaufstelle.
391 (2) Wir haben da einfach nur Glück in Leipzig.

392 I: Mal noch was anderes, was damit nicht ganz zusammenhängt. Sie schulen z.B. Erzieherinnen,
393 wenn diese dann merken „ok da ist ein Kind, das ist mir ein bisschen auffällig“. Ist dann
394 so, dass die Erzieherinnen dann selber die Eltern ansprechen und den Hinweis geben, da gibt's
395 eine Beratungsstelle oder wie läuft das dann ab?

396 K: Eigentlich ist das das Ziel. Also eigentlich ist das, was wir in diesen Weiterbildungen
397 vermitteln ist, sprechen sie die Eltern an.

398 I: Und die Umsetzung?

399 K: Ich glau:b es ist besser geworden. (2) Es gibt zumindest ein paar Klienten, die dann sagen
400 „wir haben von ihnen erfahren durch die Hortnerin“. Also ich glaube das wird. (.) Bei vielen
401 Fällen kriegen wir das jetzt nicht mit- wie kommen die zu uns? Wo haben die die Information
402 her? L

403 I: | Das fragen Sie nicht?

404 K: Nicht automatisch. Weils auch einfach mal sein kann, (.) dass jemand 3 Jahre lang nicht
 405 mehr kommt und dann sagt „ich war vor 3 Jahren schon mal hier und ich würde wieder“ und
 406 dann entfällt mir das auch zu erfragen wie sind sie denn vor 3 Jahren zu uns gekommen? (2)
 407 Aber wie gesagt, das wird besser, das wird. Es rufen auch zum Teil Lehrer oder
 408 Schulsozialarbeiter an, die sagen sie haben hier ein Kind, das hat Interesse angemeldet und der
 409 Kontakt läuft zum Beispiel über den Schulsozialarbeiter. (2) Also ich glaube, das wird dann
 410 auch schon genutzt und das wird dann auch weitergeleitet. (.) Also auch die Information, dass
 411 es diese Beratungsstelle gibt. (.) Es werden auch immer mal Flyer angefordert von Schulen, die
 412 geben das schon noch raus. @Hoffe ich zumindest@, aber ich habe auch das Gefühl, dass die
 413 das machen.

414 I: Mal noch eine andere Form von Hilfe. Was halten Sie eigentlich von Patenschaften?

415 K: @Find ich super. Da sind wir gerade dabei, das auch mit zu initiieren@. Also es ist geplant,
 416 (.) es ist nur wieder sehr aufwendig ((holt tief Luft)).

417 I: So direkt in Leipzig gab es das doch noch nicht?

418 K: Es gab in Leipzig Patenschaften, aber noch nicht direkt für die Zielgruppe. Genau. (.)
 419 Ansonsten gibt's das nicht. (.) Wir sind intensiv dran, zusammen mit einem anderen Träger,
 420 das ist das Kinderheim Machern. Mit denen haben wir auch schon die ersten Sachen in die
 421 Wege geleitet, aber das ist immer- @Es klingt immer so toll@- Es macht auf den ersten
 422 Eindruck auch nicht so viel Arbeit, ((holt tief Luft)) aber da hängt immer relativ viel dran. (.) Da
 423 geht's auch wieder darum Gelder zu bewilligen, Konzepte zu schreiben und gewisse Fragen
 424 erstmal noch intern zu beantworten. Also ab was für einem Alter wollen wir das? Gibt's
 425 Ausschlusskriterien für die Paten? Also ist zum Beispiel eine schwere körperliche Erkrankung
 426 ein Ausschluss? Fragen, mit denen wir uns jetzt noch auseinandersetzen müssen.

427 I: Ok soweit ist es aber noch nicht, dass Sie sich fragen wie suchen Sie die Paten aus, wie findet
 428 man die, wo macht man Werbung?

429 K: Es wird so geplant sein, (.) dass wir das wahrscheinlich annoncieren in der Zeitung. Hier im
 430 Wege e.V. werden wir das natürlich auch bei den Mitgliedern bekannt machen und die werden
 431 dann auch eine gewisse Schulung durchlaufen müssen. Einfach, weil es eine sehr spezifische
 432 Zielgruppe dann ist. Die Kinder und auch die Familien- wo man einfach darauf achten muss (2)
 433 keine Konkurrenz zwischen Paten und Eltern zu schaffen und sozusagen alle gut begleiten-
 434 wird dann noch zu diskutieren sein- Was müssen wir den Paten mit alles an die Hand geben?
 435 Wie viele Seminare brauchen die vorher?

436 I: Aber das ist alles noch nicht offiziell und spruchreif, dass es das geben könnte?

437 K: Also es gibt ein offizielles- es gibt ein Konzept. (2) Wir sind demnächst auch beim
 438 Jugendamt um das vorzustellen. (.) Also es ist in Planung @kann man glaub ich schreiben@.
 439 Das ist dann auch mit Fragen verbunden, was ist zum Beispiel mit der alleinerziehenden
 440 Mutter? In anderen Patenschaftsprojekten ist es oftmals so, dass sich die Paten verpflichten

441 das Kind aufzunehmen im Fall einer stationären Aufnahme der Mutter. (.) Das ist auch eine
442 Sache wo wir überlegen, kann man das in unseren Strukturen, wie wir sie haben, durchführen?
443 (.) In München gibt's da ein ganz tolles Patenschaftsprojekt. Da ist das zum Beispiel so. Wir
444 überlegen, müssen wir das zur Verpflichtung machen? Müssen Paten sagen, sie nehmen so ein
445 Kind auf? Weil wir glauben, das ist nochmal eine Hürde, die deutlich höher ist. Da haben wir in
446 Leipzig auch eine andere Sozialstruktur, als es in München der Fall ist. @Aber da sind wir auf
447 einem guten Weg@.

11 Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Leipzig, den 30. August 2013

Unterschrift